TRAITÉ

THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

TOME I.

TRAITÉ

THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

TOME I.

AMUSSAT. Leçons sur les rétentions d'urine causées par les rétrécissements du canal de l'urètre, et sur les maladies de la prostate, publiées sous ses yeux par M. A. Petit, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1832, 1 vol. in-8, fig., br. 4 fr. 50 c.

BEER. Des moyens les plus efficaces pour conserver la vue, et pour la fortifier lorsqu'elle s'est affaiblie, avec la manière de se traiter soi-même dans les cas où les secours des gens de l'art ne sont pas indispensables, et celle de soigner les yeux pendant et après la petite vérole, traduit de l'allemand par Thiercelin, 1819, in-8, br. 2 fr. 50 c.

BLANDIN (Ph.-Fréd.). Traité d'anatomie topographique, ou Anatomie des Régions du corps humain, considérée spécialement dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine opératoire. Paris, 1834, 1 fort vol. in-8, et atlas in-folio de 20 planches, 2e édit. 23 fr.

BLANDIN. De l'autoplastie, ou Restauration des parties du corps qui ont été détruites, à l'aide d'un emprunt fait à d'autres parties plus ou moins éloignées, 1836, 1 vol. in-8, br. 4 fr. 50 c.

BLANDIN Parallèle entre la taille et la lithotritie, 1834, in-8, br. de 168 pages. 3 fr. 50 c.

BOUCHARDAT. Éléments de matière médicale et de pharmacie, 1838, 1 fort vol. in-8, br. 7 fr.

BOUCHARDAT. Cours de chimie élémentaire avec les principales applications à la médecine et aux arts, 1835, 2 vol. in-8, fig., br. 9 fr.

BOURGERY. Traité de petite chirurgie, contenant l'art des pansements, les médicaments topiques, les bandages, les vésicatoires, les cautérisations, les opérations simples, la saignée, les incisions, les ponctions, la vaccination, le cathétérisme, la réduction des hernies, les plaies simples, les brûlures, les ulcères, les abcès, les hémorrhagies, 1835, 1 vol. in-8, br. 6 fr.

CHOPART. Traité des maladies des voies urinaires. Nouvelle édition, revue, corrigée, augmentée de notes et d'un mémoire sur les pierres de la vessie et sur la lithotomie, par Félix Pascal, D. M. P. Paris, 1830, 2 vol. in-8, br. 12 fr.

COMBE. Nouveau manuel de phrénologie, d'après les systèmes de Gall et Spurzheim, traduit de l'anglais, avec des additions très nombreuses, par J. Fossati, président de la société phrénologique de Paris, 1836, 1 fort vol. in-18, avec fig. 3 fr. 50 c.

DEVERGIE. Médecine légale, théorique et pratique, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par Dehaussy, conseiller à la cour de Cassation, 1836, 3 vol. in-8. 18 fr.

DUBOIS (d'Amiens). Traité de pathologie générale, 1837, 2 vol. in-8, br. 14 fr.

DUPARCQUE. Traité théorique et pratique sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice, 1839, 2e édit., in-8, br. 6 fr. 50 c.

DUPARCQUE. Histoire complète des ruptures et déchirures de l'utérus, du vagin et periné (ouvrage *couronné par la Société médicale de Paris*), 1836, 1 vol. in-8. 6 fr. 50 c.

DUPUYTREN. Leçons orales de clinique chirurgicale, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées par une société de médecins, 1832, 1834, 4 vol. in-8, br. 34 fr.

TRAITÉ
THÉORIQUE ET PRATIQUE
DES
MALADIES DES YEUX,

PAR M. LE DOCTEUR WELLER,

MÉDECIN OCULISTE DE LA VILLE DE DRESDE,

TRADUIT DE L'ALLEMAND SUR LA DERNIÈRE ÉDITION,

PAR F. J. RIESTER;

AUGMENTÉ DE NOTES,

PAR L. JALLAT, DOCTEUR EN MÉDECINE.

TOME PREMIER.

A PARIS,

CHEZ GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.

1832.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

Pag.

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.

ERRATA

DU PREMIER VOLUME.

Pag. 55, ligne 3, qui se présente près à la percer, *lisez* : qui est près de la percer.

Pag. 95, ligne 12, anchylops; *lisez* : ankylops.

Pag. 127, ligne 24, *nictatio palpebrarum*, lisez : *nictitatio palpebrarum.*

Pag. 142, ligne 3, *Inversio palpebrarum*, lisez : *Eversio palpebrarum.*

Pag. 249, ligne 33, *lamproie de rivière*, lisez : *lote* (*gadus lota*). On recueille le *liquamen hepatis mustelæ fluviatilis* en exposant au soleil, ou dans un lieu chaud, le foie de la lote, auquel on a fait des incisions, et qu'on a placé au dessus d'un verre destiné à recevoir l'huile qui s'écoule goutte à goutte.

Pag. 372, ligne 1, de la capsule de l'humeur aqueuse, *lisez* : de la membrane de l'humeur aqueuse.

Pag. 392, ligne 26, raphiancistron, *lisez* : raphiankistron.

PRÉFACE

DE LA TROISIÈME ÉDITION (1826.)

L'accueil favorable fait à la seconde édition de cet ouvrage m'a imposé une nouvelle obligation dont je m'acquitte avec plaisir, quelque courts que soient les momens dont je puis disposer. J'ai redoublé d'efforts pour que mon ouvrage fût le moins incomplet possible; bien que je sente moi-même toute son imperfection, je ne crains pas d'être accusé d'immodestie en regardant cette troisième édition comme véritablement *perfectionnée et augmentée*.

L'ophthalmologie vient de faire de nouveaux progrès qu'elle doit surtout aux efforts des maîtres de l'art; mais si l'on peut dire que le zèle pour les nouvelles découvertes, surtout en ce qui concerne la partie opératoire de la médecine oculaire, s'est beaucoup ralenti de nos jours, il est satisfaisant de voir succéder à cette espèce de fureur à laquelle on s'était laissé entraîner, une tendance plus réfléchie à réunir, à rapprocher et à classer les matériaux dont l'art s'est enrichi, pour les faire servir utilement à la pratique.

Les modifications et les additions considérables qui ont été faites à cette édition, dans laquelle je me suis efforcé d'éviter les

répétitions et surtout d'omettre les choses utiles, trouveront leur excuse dans ce qui vient d'être dit, si l'on considère que ce livre, qui était auparavant presque uniquement destiné aux élèves et aux jeunes médecins, peut maintenant être utile même au praticien éclairé, et le guider dans la seule bonne voie, dans la voie de l'expérience.

Plusieurs chapitres ont été ajoutés, tels sont celui qui traite de l'*emphysème* des paupières, la section entière qui embrasse la préparation et l'emploi des topiques, la bibliographie ophthalmologique, etc.; beaucoup d'autres ont été presque entièrement refondus ou considérablement augmentés; je citerai seulement ceux qui traitent de la *fistule du sac lacrymal*, des *inflammations de l'iris*, de l'*ophthalmie d'Égypte*, des *ophthalmies psoriques*, etc. J'ai encore cherché à mieux approfondir la nature d'un grand nombre de maladies les plus remarquables, telles que l'*hydropisie de l'œil*, le *pannus*, le *fongus médullaire de la rétine*, etc. Je puis ajouter enfin que j'ai fait tous ces changemens étant dégagé de toute idée systématique ou préconçue, n'obéissant qu'à ma propre conviction fondée sur l'expérience, et sans jamais perdre de vue le but pratique de l'ensemble de mon travail.

Dresde, janvier 1826.

WELLER.

AVERTISSEMENT DES TRADUCTEURS.

L'OPHTHALMOLOGIE est maintenant cultivée en Allemagne avec un succès remarquable, qui doit être attribué sans doute au soin tout particulier qu'on y apporte à encourager l'étude et la pratique de cette branche de l'art de guérir. Il existe en effet dans la plupart des universités allemandes des chaires spéciales pour son enseignement ; le médecin qui veut se livrer à l'exercice de la médecine oculaire doit avoir pris le grade d'ophthalmologiste, et il n'est permis qu'aux docteurs en médecine ou en chirurgie d'aspirer à ce titre.

Les excellens écrits publiés sur l'ophthalmologie depuis quelques années, par BENEDICT, GRÆFE, HIMLY, LANGENBECK, SCHMIDT, etc., et surtout ceux du célèbre professeur BEER, doivent être considérés comme étant le résultat de cette réunion de circonstances favorables à l'étude des maladies des yeux. Mais quelques-uns de ces ouvrages n'embrassent pas toutes les affections auxquelles est sujet l'organe de la vue, d'autres sont surchargés de théories plus ou moins spécieuses qui les rendent beaucoup trop volumineux. Aussi désirait-on, même en Allemagne, un traité d'ophthalmologie dans lequel on se serait borné à exposer la partie pratique de cet art, en y comprenant tout ce qui avait été publié jusqu'à ce jour sur les maladies des yeux. Ce travail a été entrepris avec beaucoup de succès par le docteur WELLER, de Dresde, élève de BEER : nous avons pensé qu'ayant été favorablement

accueilli en Allemagne, où il a eu trois éditions successives en peu d'années, il ne serait pas moins utile en France, où depuis long-temps la plupart des praticiens ne connaissent guère que le traité des maladies des yeux du professeur SCARPA. En effet, ce dernier ouvrage, quoique très-digne de la haute réputation et du talent remarquable de son auteur, offre cependant des lacunes qui tiennent à ce que le célèbre professeur de Pavie, ayant une prédilection spéciale pour certains procédés opératoires, a négligé de parler de ceux qu'il rejetait. D'ailleurs, depuis l'époque déjà éloignée de sa publication, la médecine oculaire s'est enrichie d'une foule de découvertes qu'on ne trouve guère exposées que dans les ouvrages d'ophthalmologie récemment publiés en Allemagne et en Angleterre, et qui ne sont accessibles qu'à un petit nombre de praticiens français.

Au reste, il importe peu que nous donnions notre opinion sur la valeur du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, du docteur WELLER, c'est au public médical à qui il est destiné, c'est à lui à le juger, puissions-nous ne pas nous être trompés quand nous avons cru être utiles en le traduisant.

BIBLIOGRAPHIE

OPHTHALMOLOGIQUE (1).

I.

OUVRAGES QUI TRAITENT DES MALADIES DE L'ŒIL EN GÉNÉRAL.

Grapheus Benevenutus. Ars probata de oculorum affectibus. Venet., 1497; in-fol.

Grassus Benvenutus. De oculis, eorumque ægritudinibus et curis. Venet., 1500; in-4°.

(1) Les ouvrages ont été énumérés dans cette liste par ordre chronologique pour faciliter les recherches. Indépendamment des livres dont les titres sont indiqués ici, et qui comprennent presque toute la littérature ophthalmologique, on peut encore consulter avec fruit, pour la médecine oculaire, les ouvrages suivans: *Ephemerides naturæ curiosorum.* — *Acta havniensia.* — Les *Opuscules de Mauchart*, qui ont été publiés sous le titre : *Dissert. med. sel. Tubing., oculi humani affectus medico-chirurg. consideratos sist.; Tubing.* : 1783-1785.—*Halleri opuscula pathologica.*— *Joh. Mohrenheimer's Wienerische Beitraege;* ou Mémoires

Benaciolus Ludovicus. De naturâ oculorum. Argentor., 1529; in-8°.

Jacques Guillemeau. Traité des maladies de l'œil, qui sont en nombre de cent treize, ausquelles il est suiect Paris, 1585.

Joh. Valentini Scheid. Visus vitiatus ejusque demonstratio mathematico medica. Argentor., 1677.

Georg Bartisch. Augendienst nunmehro zum anderen mal an den Tag gelegt. Nürnberg, 1686; *ou* le Traitement des yeux. Deuxième édition.

Joh. Phil. Eyselii et *Theodori Martii.* Tractatus de re medicâ, exhibens visionis statum naturalem et præternaturalem. Erford, 1696.

G. E. Stahl et *Ern. Lange.* Diss. medica de oculorum affectibus in genere. Halæ, 1702.

de Vienne, par J. Mohrenheimer. — *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.* — *Repertorium chir. und med. Abhandlung. aus dem wichtigsten eng. Schriften*, etc, *ou* Répertoire de Mémoires médico-chirurgicaux tirés des meilleurs ouvrages anglais. — *Journal des Savans.* — *Haller : Disp. chir. sel.;* Lausan., 1755. — *Journal de Médecine.* — *Mursinna's medico-chir. Beobactungen.* Berl., 1782; *ou* Observations médico-chirurgicales de Mursinna. — *Schmucker's chir. Wahrnehmungen.* Frankental, 1785; *ou* Observations chir. de Schmucker. — *Richter's chir. Bibliothek, so wie dessen med. und. chir. Bemerkungen.* Gœttingen; 1793; *ou* Bibl. chir. da Richter, et ses Observations médico-chirurgicales. — *Hufeland's Journal der pract. Heilkunde; ou* Journal de Medecine pratique d'Hufeland. — Plusieurs des ouvrages d'Arnemann. — *Mémoires de l'Académie des sciences.* — *Dictionnaire des sciences médicales.* — *Neue Sammlung der auserlessenen und neuesten Abhandlungen für Wundärzte*, etc. ; *ou* Nouveau recueil de Mémoires choisis à l'usage des chirurgiens, etc. — *Œuvres posthumes de Desault.* - *Horn's Archiv für die mediz. Erfahr*, ou Archives d'expérience médicale. — *The London medical Journal*, ou Journal de médecine de Londres ; et autres journaux de médecine anglais. — Enfin les Traités de chirurgie, parmi lesquels on distingue ceux de Richter, et surtout de B. Bell. — *Zang's Darstellung blutiger helik. Operationem* : ou Exposé des opérations chirurgicales sanglantes. — *Boyer, Traité des maladies chirurgicales.* — *Sam. Cooper, Manuel de chirurgie*, etc., etc.

Peter Kennedy's Ophthalmagraphia, or a treatise of the eye. London, 1713; *ou* Ophthalmographie, ou Traité de l'œil, par Pierre Kennedy.

Antoine Maître-Jean. Traité des maladies de l'œil, et de remèdes propres pour leur guérison; enrichi de plusieurs expériences de physique. Paris, 1722. Traduit en Allemand. Nuremberg, 1725.

De Saint-Yves. Nouveau traité de maladies des yeux, les remèdes qui y conviennent, et les opérations, etc; avec de nouvelles découvertes sur la structure de l'œil, etc. Paris, 1722. Amsterdam, 1736.

Jonh Taylor. An acount of the mechanism of the eye. Norwich, 1727; *ou* Exposition de l'organisation de l'œil; par Jean Taylor.

G. Pellier de Quensy fils. Recherches des Mémoires et d'observations, tant sur les maladies qui attaquent l'œil et les parties qui l'environnent, que sur les moyens de les guérir, etc. Montpellier, 1783.

A supplement to *Kennedy's* ophthalmographia, or treatise of the eye. London, 1739; *ou* supplément à l'Ophthalmographie, ou Traité de l'œil; par Kennedy.

De Saint-Yves. A new treatise of the diseases, of the eyes. London, 1741. Traduction anglaise du nouveau Traité, etc.; de Saint-Yves.

Syllabus cursûs anatomiæ, infirmitatum, atque operationum globi ocularis et partium contiguarum. *D. Josepho Cervy*, dicatus à *D. Joanne Taylor.* Londini, 1743.

Jean Taylor. Le Méchanisme, ou le nouveau traité de l'anatomie du globe de l'œil, avec l'usage de ses différentes parties et de celles qui lui sont contiguës. Paris, 1748.

Hermanni Boerhaave. Prælectiones publicæ de morbis oculorum. Gotting., 1746. Ed. secunda, quintâ parte auctior et emendata, 1750.

Johann Taylor's Mechanismus, oder neue Abhandlung von der künstlichen Zuzammensetzung des menschilchen Au-

ges und dem besondern Nutzen desselben, sowohl für sich als in Absicht der anliegenden Theile, nebst seiner Art, dessen Krankheiten zu heilen. Frankfurt, am Main, 1750. Traduction allemande de l'ouvrage précité de Taylord.

Ernst Anton Nicolai. Handbuch von den Fehlern des Gesichts. Bern, 1754; *ou* Manuel des défauts de l'organe de la vision.

Herman Boerhaaven's Abhandlung von den Augenkrankheiten. A. D. Lat. von Clauder. Nürnberg, 1759; in-8°; *ou* Traité des maladies des yeux. Traduit du latin en allemand; par Clauder.

Louis Florent Deshais Gendron. Lettre à M... sur plusieurs maladies des yeux causées par l'usage du rouge et du blanc. Paris, 1760.

Demonceau. Traité des maladies des yeux et des oreilles. Paris, 1766.

Hans Sloane. An account of a most efficacious medecine for soreness, weakness and several other distempers of the eye London; *ou* Exposé d'une méthode plus avantageuse pour la guérison de l'ophthalmie, de la faiblesse de l'œil, et de plusieurs autres affections auxquelles il est sujet. Traduit en français par Cantwel. Paris, 1766.

John Henry Mauclerc. Nomenclatura critica morborum ocularium, or a critical index to the distempers of the eye. London, 1768.

Guérin. Traité sur les maladies des yeux. Lyon, 1769. Traduit en allemand. Francfort et Leipsick, 1773, in-8°.

Louis Florent Deshais Gendron. Traité des maladies des yeux, et des moyens et opérations propres à leur guérison. Paris, 1770.

Jean Janin. Mémoires et observations anatomiques, physiologiques et physiques sur l'œil et sur les maladies qui affectent cet organe. Lyon et Paris, 1772. Traduit en allemand. Berlin, 1788; in-8°.

Joseph Warner. A description of the human eye and ist adjacent parts, together with their principal diseases and

the methods proposed for relieving them. London, 1773; *ou* Description de l'œil de l'homme et de ses annexes, ainsi que de ses principales maladies et des moyens proposés pour leur guérison.

William Roweley. A treatise of the diseases of the eyes. London, 1773-1790; *ou* Traité des maladies des yeux. Traduit en allemand. Breslau et Hirschberg, 1792; in-8°.

Joh. Plenck. Doctrina de morbis oculorum. Viennæ, 1777. Traduit en allemand. Vienne, 1788; in-8°.

Michelo Troja. Lezioni interno alle malattie degli occhi. Napoli, 1780; *ou* Leçons sur les maladies des yeux.

Chandler. A treatise on the diseases of the eye and their remedies, to which is prefixed the anatomy of the eye, etc. London, 1780; *ou* Traité des maladies des yeux et des moyens de les guérir, précédé de l'anatomie de l'œil, etc.

Georg. Chandlr's Abhandlung über die Krankheiten des Auges. Aus dem Engl. Leipzig, 1782; in-8°.; traduction allemande de l'ouvrage de Chandler.

Gleize. Nouvelles observations pratiques sur les maladies de l'œil et leur traitement. Paris, 1786.

A. G. Richter's Anfangsgründe der Wundarneikunde 3ter Band. Goettingen, 1790; *ou* Elémens de chirurgie.; 3°. vol.

E. G. Th. Kortum. Medicinisch-chirurgisches Handbuch der Augenkrankheiten. Lemgo, 1791-1793. 2 Bande; in-8°.; *ou* Manuel médico-chirurgical des maladies des yeux.

Joseph Beer. Lehre der Augenkrankheiten. Wien, 1792, 2 Bd in-8°; *ou* Doctrine des maladies des yeux.

Ch. Fr. Bd. Ettmüller. Abhandlungen über die Krankheiten der Augen. Leipzig, 1799; in-8°.; *ou* Mémoires sur les maladies des yeux.

Ant. Scarpa. Saggio di osservazioni ed esperienze sulle principale malattie degli occhi; edizione quinta. Pavia, 1816; *ou* Observations et expériences sur les principales maladies des yeux. Il en existe une traduction française par *Léveillé*, laquelle fut elle-même traduite en allemand par Martens

en 1803. L'ouvrage de Scarpa fut de nouveau traduit en français avec des additions, en 1821, d'une part par *Bellanger* et *Bousquet*, de l'autre, par *Fournier Pescay* et *Bégin*.

Himly. Ophthalmologische Beobachtungen und Untersuchungen. 1tes Stück. Bremen, 1801; *ou* Observations et recherches ophtalmologiques.

Himly und *Adam Schmidt*. Ophthamologische Bibliotek. 1 Bd. St. 1. 2. Jena, 1803. 2. Bd. St. 1. 2. 3. ibid. 3 Bd. St. 1. 2. 3. ibid., 1805, *ou* Bibliothèque ophthalmologique.

De Wenzel. Manuel de l'oculiste, *ou* Dictionnaire ophthalmologique. Paris, 1808.

James Wardrop. Essays on the morbid anatomy of the human eye. Edinburgh, 1808; London, 1818; *ou* Essai d'anatomie pathologique de l'œil humain.

Ph. F. von. Walther. Abhandlungen aus dem Gebiete der practischen Medicin, besonders der chirurgie und Augenheilkund. Landshut, 1810; *ou* Mémoires de médecine pratique, relatifs surtout à la chirurgie et à l'ophthalmologie.

Traugott Wilhelm Benedict. De morbis oculi humani inflammatoriis; lib. XXIII. Lips., 1811. Édition allemande augmentée. 1814.

T. W. Benedict. Beitrage für practische Medicin und Ophthalmiatrik. 1 Bd., Leipzig, 1812; *ou* Mémoires pour servir à la médecine pratique et à l'Ophthalmiatrique.

Joseph Beer. Die Lehre von den Augenkrankheiten. Wien. 1ter Bd. 1813. 2ter Bd. 1817, in-8°; *ou* la Doctrine des maladies des yeux.

John Cunningham Saunders. A treatise on some practical points relating to the diseases of the eye. London, 1816; *ou* Considérations sur quelques points pratiques des maladies des yeux.

Himly. Bibliotek für Ophthalmologie, Kenntniss und Behandlung der Sinne überhaupt, 1ten Bd. 1es, 2es, St., Han-

nover, 1816; *ou* Bibliothèque pour l'ophthalmologie, la connaissance et le traitement des organes des sens en général.

J. Nep. Rust. Magazin für die gesammte Heilkunde. Berlin; *ou* Magasin pour tout l'ensemble de l'art de guérir; ouvrage périodique qui paraît depuis 1816.

Langendbeck's neue Biblioteck für Chirurgie und Ophthalmologie. Hannover; *ou* Nouvelle Bibliothèque de Chir. et d'ophthalmologie; ouvrage périodique qui paraît depuis 1818.

Demours. Traité des maladies des yeux, t. 1, 2, 3; t. 4, contenant les planches. Paris, 1818.

G. Quadri. Annotazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi. Libro primo. Napoli, 1818, *in*-4°; *ou* Remarques sur les principales maladies des yeux.

G. Baratta. Osservazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi; *ou* Observations pratiques sur les principales maladies des yeux; 2 vol. Milano, 1818. Trad. en allemand, par Güntz. Leipzig, 1823.

Carl Heinrich Weller. Die Krankheiten des menschlichen Auges. Berlin, 1819; 2te Auflage; Berlin 1822; *ou* les Maladies de l'œil de l'homme.

Himly. Einleitung zur Augenheilkunde. Goettingen; 1820; *ou* Introduction à la médecine oculaire.

John Vetch. A. pratical treatise on the diseases of the eye; *ou* Traité pratique des maladies de l'œil. London, 1820.

F. Delarue. Cours complet des maladies des yeux. Paris, 1820.

C. Graefe und *Ph. F. von. Walther.* Journal für chirurgie und Augenheilkunde; *ou* Journal de chirurgie et d'ophthalmologie. Berlin. Il paraît depuis 1820.

A. P. Demours. Précis théorique et pratique sur les maladies des yeux. Paris, 1821.

G. L. Helling. Practisches Hanbduch der Augenkrankheiten; *ou* Manuel pratique des maladies des yeux. 2. Bd. Berlin, 1821.

B. Travers. A synopsis of the diseases of the eye, and their

treatment ; *ou* Histoire abrégée des maladies de l'œil et de leur traitement. London, 1821.

W. Guillié. Bibliothèque ophthalmologique; *ou* Recueil d'observations sur les maladies des yeux ; avec des notes et additions par MM. Dupuytren, Alibert, Pariset, etc. Paris, 1820-1822 ; in-8°. Il en a été publié cinq cahiers jusqu'à ce jour.

C. H. Weller. Diaetetik für gesunde und schwache Augen ; *ou* Diététique pour les yeux sains et faibles. Berlin, 1821.

C. H. Weller. A manual of the diseases of the human eye, for surgeons commencing practice. Translated from the German by G. C. Monteath; *ou* Traité des maladies de l'œil de l'homme ; Manuel à l'usage des jeunes praticiens ; traduit de l'allemand : 2 vol. in-8°. London, 1821.

T. W. G. Benedict. Handbuch der practischen Augenheilkunde ; *ou* Manuel de la médecine oculaire pratique. Bd. 1. Leipzig, 1822 ; Bd. 2. 1823; Bd. 3, und 4. 1824, Bd. 5, 1825.

L. F. Gondret. Observ. sur les maladies des yeux. Paris, 1823.

R. Guthrie. Lectures on the operative surgery of the eye ; *ou* Leçons sur la médecine opératoire de l'œil. London, 1823; in-8°.

George. Frick. A treatise on the diseases of the eye, including the practice of the most eminent modern surgeons, and particulary those of the prof. Beer ; *ou* Traité des maladies de l'œil, où se trouve exposée la pratique des plus célèbres chirurgiens de nos jours, et particulièrement celle du prof. Beer. Baltimore, 1823 ; in-8°.

J. T. Fabini. Doctrina de morbis oculorum in usum auditorum. Pesthini, 1823 ; in-8°.

L. J. Beck. Handbuch der Augenheilkunde, zum Gebrauch bei Vorlesungen ; *ou* Manuel de médecine oculaire. Heidelberg, 1823 ; in-8°.

Carolus Henricus Weller. Icones ophthalmologicæ, seu selectæ circà morbos humani oculi. Fasciculus I. Lipsiæ et Parisiis, 1825.

II.

MONOGRAPHIES SUR LES MALADIES DES YEUX.

C. Peter. Arlanus. (Rom.) De suffusione, quam cataractam appellant. Mediolani, 1532.

Joh. Sebast. Moller. Dissert. de suffusione. Traj. ad Viadr.; 1601, in-4°; 1603, in-4°.

Joh. Kepler. (1) Paralipomena ad Vitellionem. Francof., 1604; in-4°.

Thomas. Fienus. De præcipuis artis chirurgicæ controversiis. Lib. II, de cataractâ. Francof., 1649; in-4°.; 1669; in-4°. London, 1733; in-4°. Traduit en allemand à Nuremberg, 1679; in-8°.

Joh. Horne. Dissert. de ægilope. Leidæ, 1659; in-4°.

Guerner. Rolfink. Dissert. de cataractâ, Jen., 1664; in-4°.

Thomas. Bartholinus. De oculorum suffusione epistola. Hafniæ, 1664.

F. Henric. Meibom. Diss. de suffusione. Helmstad., 1670; in-4°.

J. Arnold Friderici. Dissert. de suffusione. Jenæ, 1670; in-4°.

Joh. Dun. Major. Diss. de amaurosi et guttâ serenâ. Eiloniæ, 1673; in-4°.

Bernard Albin. Diss. de ægilope. Francof. ad Viadrum, 1675; in-4°.

Mathias. Harder. Diss. de cataractâ. Basil., 1675; in-4°.

Hieronymus. Niemand. Diss. de suffusione. Argentorat., 1676; in-4°.

Joh. Valent. Scheid. Diss. de visû vitiato. Argentorat., 1677; in-4°.

(1) Quoique cet ouvrage, ainsi que d'autres que je cite ici, ne traitent pas directement des maladies de l'œil, j'ai cru ne devoir pas omettre les écrits principaux qui ont pour objet la physiologie et l'anatomie de l'organe de la vue, dussent-ils n'intéresser que sous le rapport historique. Kepler fut le premier qui expliqua la formation de l'image sur la rétine.

Dom. Battieri. Diss. de mydriasi. Basil., 1679.

Paul Sperling. Æger suffusione laborans. Jenæ, 1684; in-4°.

Everard Papelier. Æger suffusione laborans. Argentorati, 1684; in-4°.

E. R. Camerarius. Pleuritis et abscessus pectoris cum succedente colicâ et guttâ serenâ. Tubing., 1690; in-4°.

Bernard Albinus. Diss. de cataractâ. Francof. ad V.; 1695, in-4°, avec une planche.

Georg Wolfgang Wedel. Diss. de ægilope. Jenæ, 1685; in-4°.

G. E. Hamberger. De opticis oculorum vitiis. Jenæ, 1696; in-4°.

Günther Christoph Schellhammer. Diss. de suffus. Jenæ, 1697.

Berger. De morbis oculorum. Vitteb., 1698; in-4°.

Georg Ernest Stahl. De fistulâ lacrymali. Halæ, 1702.

J. E. Schaper. Diss. de lippitudine crystalliferâ. Rostoch., 1704; in-4°.

Vater. De trachomate. Vitteb., 1704, in-4°.

Georg Wolfgang Wedel. Diss. de cataractâ. Jenæ, 1706; in-4°.

Pierre Brisseau. Nouvelles observations sur la cataracte. Tournay, 1706. *Id.* Suite des observations sur la cataracte. Tournay, 1708; in-12. — Ces deux ouvrages réunis; Paris, 1709; in-12. — Traduit en allemand, par J. Gaspard Sommer. 1743; in-8°.

Christ. Joh. Lang. Diss. de cataractâ. Paris; 1706.

Christoph Vater. Diss. de visûs læsionibus, in specie de myosi et mydriasi. Viteb., 1706; in-4°.

Godrof Bidloo. De oculo purulento. In decade primâ exercitationum anatomico-chirurgicarum. Lugd. Batavor., 1708; in-4°.

Godofr. Bidloo. Do enchantide. In decade secundâ exercitationum anatomico-chirurgicarum. Leid., 1708; in-4°.

Ludov. Frider Jacobi. De caractæ novâ pathologiâ. Erford.; 1708; in-4°.

Alex. le François et *J.-Nic. de la Hire.* Potest stare visio absque lente crystallinâ? Paris., 1708; in-4°.

Brisseau. Traité de la cataracte et du glaucôme. Paris, 1709.

Wolff. Diss. de amaurosi imperfectâ. Traject. ad Rhenum, 1709.

L. Heister. Diss. de cataractâ in lente crystallinâ, III. Altdorf, 1711, 12, 13; in-4°. Toutes trois réunies sous le titre : De cataractâ, glaucomate et amaurosi tractatus. Altdorf, 1713; in-4°.

Alb. Ludw. Chappujau. De cataractâ. Lugd. Bat., 1711.

Anel. Observation singulière sur la fistule lacrymale. Turin, 1713; in-4°.

Id. Traité de la nouvelle méthode de guérir les fistules lacrymales. Turin, 1714; in-4°.

Id. Dissert. sur la nouvelle découverte de l'hydropisie du conduit lacrymal. Paris, 1713; in-12.

Alex. Chr. Gakenholz. Dissert. de visione per cataractam impeditâ. Helmstad., 1713; in-4°.

J. Ern. Schaper. Dissert. de hydrophthalmiâ. Rostoch., 1713; in-4°.

Abr. Vater. De duobus visûs vitiis, altero dimidiato, altero duplicato. Viteb., 1713.

L. Heister. De amaurosi salivatione curatâ. Altdorf, 1713; in-8°.

J. Bapt. Bianchi. De ductibus lacrymalibus novis. Taurin., 1715; in-4°.

Christoph Vater. Diss. de suffusione oculorum. Viteb. 1715; in-4°.

Jacobi. Hovii. Tractatus de circulari humorum motu in oculis. Lugd. Bat., 1716; in-8°.

Heister. Apologia et uberior illustratio systematis sui de cat., glauc. et amaur. contrà Woolhous. Altdorf, 1717.

Clariss. Woolhusii. Diss. ophthalm. de cataractâ et glaucomate, contrà systema sic dictum novum, D. Brissai, Antonii, Heisteri et aliorum; È gall. in latinam linguam translata à Ch. le Cerf. Francof. ad M., 1719.

Franz. Wiedemann. Bericht vom Stein, auch Brüche zu schnei-

den und Staar zu stechen. Augsburg, 1719, in-8°; *ou* sur la pierre, la manière d'opérer les hernies et la cataracte.

Heister. Vindiciæ sent. suæ de catar., etc., adversùs ultimas adversiones atque objectiones. Altdorf., 1719.

Sincerus Fidelis. Kurze Critiken über des parisischen Oculisten Woolhous, von dem jungen *D. le Cerf* herausgegebene Lügen und Schandschriften; etc. Frankfurt und Leipzig, 1719; *ou* Critique des Mensonges et Pamphlets publiés par le jeune D. le Cerf.

J. Mich. Lichtmann. Beschreibung des Staares. Nürnb., 1720; in-4°.; *ou* Description de la cataracte.

J. Valentin Scheid. Diss. de quibusdam visûs vitiis. Argentorat. 1720; in-4°.

Andr. Fischer. Tumor oculi sinistri scirrhosus feliciter exstirpatus. Erford., 1720; in-4°.

Hampe. De scarificatione oculorum Hippocraticâ. Duisb., 1721; in-4°.

Anton. Celestin. Cocchi. Epistola ad Morgagnium de lente crystallinâ oculi humani, verâ suffusionis sede. Romæ, 1721; in-8°.

Anton. Ferrein. Quæstio medica, quinam sint præcipui, quomodo explicentur et curentur lentis crystallinæ morbi. Monspelii, 1722; in-4°.

Laur. Roberg. Dissert. de cataractâ. Upsal., 1722., in-4°.

Laur. Heister. De trichiasi oculorum. Helmstad., 1722; in-4°.

Cortum. De trichiasi. Francof., 1724.

Jac. Gering. Praxis vitia partium oculi cognoscendi et curandi. Misen., 1725; in-4°.

Mauchart. Dissert. de ophthalmoxysi Hippocraticâ et Woolhousianâ. Tubing., 1726; in-4°.

Jac. Dœbel. von Dœbeln. De cataractæ naturâ et curâ. Londin. Scanor., 1727; in-4°.

Cornutus Wigelius. Diss. de cataractâ. Upsal., 1727; in-4°.

Zach. Platner. De scarificatione oculorum. Lips., 1727; in-4°.
Joh. Daniel. Coschwitz. Dissert. de hypopyo. Halæ, 1728; in-4°.
Ant. Lemoine. Dissert. an deprimendæ cataractæ expectanda sit maturatio? Par., 1728.
Prætorius. De scarificatione oculorum. Lips., 1729.
Bened. Duddel's. Treatise of the diseases of the horny coat of the eye, with supplements, *ou* Traité des maladies de la cornée, avec des supplémens. London, 1729.
Fr. Hoffman. Diss. de cataractâ. L. B., 1729; in-4°.
Maur. Henric. Henrici. Dissertat. de cataractâ. L. B., 1729; in-4°.
François Petit. Lettre dans laquelle il démontre que le crystallin est près de l'uvée, et rapporte de nouvelles preuves qui concernent l'opération de la cataracte. Paris, 1729; in-4°; et Lettre contenant des réflexions sur les découvertes faites sur les yeux. Paris, 1732; in-4°. In Halleri disput. chir. sel., t. V., p. 601.
Anton. Tizes. Dissertat. de cataractâ. Monsp., 1731.
Mich. Alberti. De visûs obscuratione à partu. Halæ, 1732; in-4°.
J. Hermann. Franken. Overnet stryken van verschiedene cataracten. Amst., 1733.
Aegid. Orato. Keck. De ectropio. Tubing., 1733, et in diss. sel. Tubingensibus, t. III. Tubing.; Cotta, 1785, in-8°.
J. Louis Petit. Sur la fistule lacrymale, dans les Mémoires de l'Académie des sciences; année 1734, p. 135, et année 1740, p. 155.
A. Fischer et *Breyer*. Dissert. de ophthalmiâ venereâ et peculiari in illâ operatione. Erford., 1734; in-4°.
John Taylor. New treatise on the diseases of the crystalline humour of the eye, or of the cataract and glaucoma; *ou* Nouveau traité des maladies du crystallin, ou de la cataracte et du glaucôme. London, 1736; in-8°.
Fr. Hoffmann. Dissert. de variis visionis vitiis. Halæ, 1736; in-4°.

P. Ant. Lepy et *Des Frèremont.* Non ergò fistulæ lacrymali cauterium actuale. Paris, 1738; in-4°.

Ant. Florlin. Non ergò fistulæ lacrymali cauterium actuale. Paris, 1738; in-4°.

Kaestner. De motu ligamenti ciliaris in oculo. Lips., 1738; in-4°.

Cour. de Reverhorst. Diss. de ægilope s. fistulâ lacrym. Leidæ, 1738; in-4°.

Hermann Paul Juch. Diss. de suffusione. Erford., 1738; in-4°.

Franc. van de Wynpersse. Diss. de amaurosi. Lugd. Bat., 1738.

John Taylor. De verâ causâ strabismi. Lisbon., 1739; in-8°.

Guil. Fr. Habermann. Diss. sistens historiam cataractæ in puellâ septem annorum observatæ. Jenæ, 1740; in-4°.

Zacharias Platner De vulneribus superciliis illatis, cur cœcitatem inferant, ad locum Hippocratis. Lips., 1741; in-4°. In opusculis, t. II, p. 166. Lips., 1749; in-4°.

Zacharias Platner. De noxis ex suppuratione cohibitâ in nonnullis oculorum morbis. Lips., 1742; in-4°.

G. de la Faye. Ergò vera cataractæ sedes in lente. Paris, 1742; in-4°.

Elias Col de Villars. Ergò vera cataractæ sedes in lente. Paris, 1742; in-4°.

G. Gl. Hebenstreit. De oculo lacrymante. Lips., 1743.

Jos. de la Sone et Arcelin. Dissertatio : starene potest visio absque crystallinâ? Paris, 1743.

Jac. Daviel. Sur une nouvelle méthode de guérir la cataracte par l'extraction. Dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. II, p. 337.

Christ. Jac. Trew. De cataractâ in commercio litterario. Noric., 1745 p. 36.

Godofr. Hærle. De staphilomate fungoso. *Giessenæ*, 1746; in-4°.

Berger. Diss. de maculis, punctulis, scintillis, aliisque corpusculis visui observantibus. Francof., 1747; in-4°.

J. Jac. Roscius. Disput. de cataractâ verâ lacteâ crystallinâ. Regiomont., 1748; in-4°.

Sam. Th. Quellmalz. Progr. depositionis cataratæ effectus exponens. Lips., 1748; in-4°.

Justus Godofr. Güntz. Diss. de staphylomate. Lips., 1748; in-4°.

B. D. Mauchart. Diss. de staphilomate. Tubing., 1748; in-4°.

B. G. Oehme. Diss. de amorosi. Lips., 1748; in-4°.

Janus Reghellini. Lettera chirurgica sopra l'offesa della vista consistente nel raddoppiamento degli oggetti; *ou* Lettre sur cette altération de la vue, qui consiste à apercevoir les objets doubles. Venet., 1749; in-8°.

Sylvester O'Hallorum. A new treatise on glaucoma or cataract; *ou* Nouveau traité du glaucôme ou cataracte. Dublin, 1750; in-8°.

Pallucci. Hist. de l'opération de la cataracte. Paris, 1750.

A. G. Buchner. Dissert. de inflammatione oculorum à rachitide cum tuberculis in palpebrarum tunicâ interiori. Hal., 1751; in-4°.

Raimond de Vermale. Lettre sur l'extration du crystallin. Paris; 1751.

H. F. Delius. Dissert. de phantasmatibus antè oculos volitantibus, affectu oculorum singulari. Erlang., 1751; in-4°.

Georg. Fr. Siegwart. Dissert. chir. de extractione cataractæ. Tubing., 1752; in-4°.

Fr. Busse. Quæstio med. chir., an in deprimendâ cataractâ ipsius capsula internè et posticè in primis seconda sit. Paris, 1752; in-4°.

J. Gf. Zinn. De ligamentis ciliaribus. Gott., 1753; in-4°.

Andr. El. Buchner. Disp. de cataractâ omni tempore deponendâ. Hal., 1753; in-4°.

Triller. De scarificatione et ustione oculorum ab Hippocrate descriptâ. Viteb., 1754.

J. Gf. Zinn. Diss. anat. oculi hum. icon. illustr. Gott., 1755, cum suppl. notisque H. A. Wrisbergii, 1780.

Bassuel et *Le Maire.* Diss. de hypopyo. Paris, 1757; in-4°.

C. J. Theroude de Valun et *J. Descemet.* Non ergò sola lens cataractæ crystallinæ sedes. Par., 1758.

P. Pott. Observations on that disorder of the corner of the eye, commonly called fistula lacrymalis; *ou* Observations sur cette maladie de l'angle de l'œil communément appelée fistule lacrymale. London, 1758.

Lauder. Diss. de cataractâ., Edinb., 1758.

Sabatier et *Pet. Dion. Matin.* De cataractæ extrahendæ variis modis. Par., 1859; in-4°.

Jacob Ludwig. Schürer. Quæstio, nùm in curatione suffusionis lentis crystallinæ extractio depressioni sit præferenda. Argent., 1760; in-4°.

A. J. Palucci. Methodi curandæ fistulæ lacrymalis. Vindob., 1762.

J. B. Morgagni. Epistola de obstructione ductuum lacrymalium. in opuscul. miscellan. Venet., 1763; in-fol., p. I.

C. F. Kaltschmidt. De puero XII annorum ancyloblepharo laborante curato. Jenæ, 1764; in-4°.

Janin. Sur une fistule lacrymale occasionée par un coup de feu. Paris, 1765; in-8°.

Jean Colombier. Dissert. nova de suffusione seu cataractâ. Paris, 1765.

Paul Gabriel Lepeaux. Num impeditis lacrymarum viis parari debeat lacrymis artificiale iter in cavum, quod juxtà majorem oculi canthum inter superficiem internam palpebræ et oculi globum deprehenditur. Paris, 1766; in-4°; 1770; in-4°.

Andry et *De la Poterie.* Incisione corneæ in hypopyo præstat embroche. Paris, 1766.

Jean Astruc et *Elias De la Poterie.* Ergò incisioni corneæ in curatione cataractæ præferenda embroche. Paris, 1766; in-4°.

Jean Colombier. Ergò in multiplici cataractæ genere multiplex Εγχείρησις, Paris, 1768; in-4°.

Franç. Guil. Levacher, et *P. Victor Coutouly.* De cataractæ novâ ratione extrahendæ. Paris, 1768; in-4°.

Carsten Rönnow. Om en ben och otenatis starr, etc.; *ou* Y a-t-il une cataracte osseuse et pierreuse, etc.? Stockholm, 1768; in-8°.

Lettre d'un étudiant en médecine, dans laquelle on examine et réfute les doutes qu'un anonyme a répandus dans le public sur l'observation donnée à l'Académie royale, par M. Rönnow touchant une cataracte osseuse ou pierreuse. Stockhoml, 1769.—Doutes que la cataracte, etc. *Ib.id.* 1768.

Réponse à l'étudiant, etc. *Ibid.*, 1769. — Remarque sur la critique d'un anonyme, etc. *Ibid.*; 1770.

J. F. Haeseler. Betrachtungen über das menschliche Auge; *ou* Considérations sur l'œil de l'homme. Hambourg, 1771.

J. D. Metzger. Curationum chirurgicarum, quæ ad fistulam Lacrymalem hucusque fuerunt adhibitæ, historia critica. Monasterii, 1772; in-8°.

Johann Bischoff. Practische Abhandl. der Dioptrik, etc. Mit 9 Kupfert. Stuttgart, 1772. Neue Aufl. Stuttgart, 1800; *ou* Traité pratique de dioptrique.

Aug. Gott. Richter. Abhandlung von der Ausziehung des grauen Staares; *ou* Traité de l'extraction de la cataracte. Gœttingen, 1773.

Peter Rathlauw. Over de cataracta; *ou* sur la Cataracte. Amst., 1773.

Joh. Caspar Hellmann. Der graue Staar und dessen Herausnehmung, nebst einigen Beobachtungen; *ou* la Cataracte et son extraction, avec quelques observations. Magdeburg, 1774.

Carolus Szèn. Dissert. de cataractâ ab effluviis aquæ fortis natâ. Jenæ, 1774.

R. Klincke. Dissert. de diplopiâ. Gotting., 1774.

J. Franc. Achilles Lalouette. Ergò faustum omen in amaurosi periodus. Paris, 1774.

George Bostwik. Treatise upon the extration of the crystalline lens; *ou* Traité sur l'extraction du crystallin. Edinburgh, 1775.

Gisb. de Witt. Vergleichung der verschiedenen Methoden den Staar auszuziehen. Giessen, 1775. Neue Ausgabe, 1778, in-8°.; *ou* Comparaison entre les différentes méthodes d'extraire la cataracte.

George Chandler. A treatise of the cataract, etc., with copper-plates. London, 1775; *ou* Traité de la cataracte, etc., avec des planches.

W. Rowley. An essay on the ophthalmia, or inflammation of the eye and the diseases of the transparent cornea; *ou* Essai sur l'ophthalmie, ou Inflammation de l'œil, et sur les maladies de la cornée transparente. London, 1776.

Ch. E. Wünsch, Visûs phænomena quædam explicata. Lips., 1776.

J. Marat. On the nature of a singular disease of the eye; *ou* Sur la nature d'une maladie particulière de l'œil. London, 1776.

J. Frid. Licht. De præcipuis viarum lacrymalium morbis. Argentor., 1776.

Jac. Christ. Vogel. De fistulâ lacrymali eamque sanandi methodis tractatus. Edit. tertia. Gryphisw., 1776; in-4°.

Percival Pott. Chirurgische Krankheiten; *ou* Maladies chirurgicales; trad. de l'anglais. Berlin et Lüneburg, 1776; in-8°. L'original anglais parut à Londres en 1775.

Thomas Mejean. Diss. de cataractâ. Monsp., 1776; in-4°.

M. Lange. De ophthalmiâ. Tyrn., 1777.

Christ. Polycarp. Leporin. Dissertat. de hypopyo. Gotting., 1778.

Percival Pott. Abhandl. von der Thraenenfistel und Mastdarmfistel; *ou* Traité des fistules lacrymale et stercorale; trad. du latin. Dresden, 1779; in-8°.

J. Witte. De fistulâ lacrymali. Erford., 1779.

Wenzel. Diss. De extractione cataractæ. Paris, 1779. Le même : Traité de la cataracte, avec des observations. Paris, 1786; in-8°. Traduit du français en allemand, avec une planche. Nuremberg, 1788; in-8°.

Cusson. Remarques sur la cataracte. Montpellier, 1779.

Bretcher. Diss. de suffusione. Halæ, 1779.

Lorenzo Nannoni. Dissertazione sulla cateratta; *ou* Dissertation sur la cataracte. Milano; in-12.

Daniel Nootnagel. De amaurosi. Erlang., 1779; in-4°.

James Ware. Remarks on the ophthalmy; *ou* Remarques sur l'ophthalmie. London, 1780.

H. W. M. Olbers. De oculi mutat. internis. Gotting., 1780.

J. Georg Schulze. Diss. de fistulam lacrymalem sanandi methodis. Argent., 1780; in-4°.

Giov. Bartolazzi. Sopra una cieca nata, etc., in cui trattasi di cateratta connata; *ou* Sur une aveugle de naissance, etc.; ouvrage où l'on traite de la cataracte congéniale. Verona, 1781. Traduit de l'italien en allemand. Leipzig, 1784.

Trnka de Krzowitz. Historia amauroseos. Tom. II. Vindob., 1781; in-8°. Traduit en allemand par G. Ph. Mogalla. Th. I. Breslau, 1790.

Trnka de Krzowitz. Historia ophthalmiæ, etc. Vindob., 1783.

Fr. Siegerist. Beschreibung und Erklarung des Staarnadelmessers und Gegenhalters z. Auszieh. des grauen Staares; *ou* Description et explication du couteau-aiguille, etc., pour l'extraction de la cataracte. Graez, 1783; in-8°.

Christ. Gotthold. Teller. De Methodis suffusionem oculorum curandi à Casamattâ et Simone cultis diss. Lips., 1783.

A. Butter. A new method of extracting the cataract, etc., *ou* Nouvelle méthode pour pratiquer l'extraction de la cataracte, etc. London, 1783.

Ch. Fr. Ludwig. De suffusionis per acum curatione. Lips., 1783; in-8°.

Marchand. Mém. sur un nouveau moyen de prévenir l'aveuglement, qui a pour cause la cataracte. Nismes, 1784.

Demours fils, Mémoire sur la cataracte. Paris, 1784.

Jonathan Walthen. A dissertation on the theory and cure of the cataract; *ou* Dissertation sur la théorie et le traitement de la cataracte. London, 1785; in-8°.

2.

C. W. Hildebrand. De accuratione cataractæ deponendæ methodo. Francof., 1785; in-4°.

Ant. Carl von Willburg. Betrachtung über die bisherigen gewöhnlichen Operationen des Staares; *ou* Considérations sur les opérations de la cataracte, communément employées jusqu'à ce jour. Nürnberg, 1785.

J. H. Harder. Diss. de ectropio, entropio et trichiasi. Jen., 1785.

G. J. Badendyk. Dissert. de ancyloblepharo. Jenæ, 1785.

Theod. Singeisen. De ophthalmiâ ex vitio ventriculi. Erlang., 1786.

Blizard. A new method of treating the fistula lacrymalis; *ou* Nouvelle méthode pour traiter la fistule lacrymale. London, 1786.

J. Ant. Wilsen. Diss. sistens annotationes quasdam circà ophthalmiam epidemicam a. 1786 observatam. Stuttgard., 1787; in-4°.

Barussaldi. Dissert. della fistula lacrymali; *ou* Dissertation sur la fistule lacrymale. Venet., 1787.

E. A. L. Brunner. Diss. inaug. med. chir. de cataractâ. 1787.

Reil. Diss. sist. quædam de systematis oculorum glandulosi inflammatione. Hal., 1788; in-8°.

J. S. S. Schacht. Diss. de epiphorâ et lippitudine. Halæ, 1789; in-8°.

Hennings. Comment. de ptosi. Gryphisw., 1789.

C. A. Otto. Diss. in quâ visûs vitia contemplantur. Butzow., 1789.

J. Fr. Corvinus. Diss. de amaurosi. Tubing., 1789; in-4°.

Trampel. Ueber die eiterartige Augenentzündung. In dessen Beobachtungen und Erfahrungen; *ou* sur l'Ophthalmie purulente; dans ses observations et expériences. Lemgo, 1790.

J. God. Gœtz. De ophthalmiâ infantum recens-natorum. Jenæ, 1791.

G. J. Beer. Practische Beobachtungen über verschiedene vorzüglich aber über jene Augenkrankheiten, welche aus allgemeinen Krankheiten des Kœrpers entspringen; *ou*

Observations pratiques sur différentes maladies des yeux, mais principalement sur celles qui dépendent d'affections générales du corps, etc. Wien, 1791.

Georg. Rud. Fœlsch. Diss. de corneæ maculis. Halæ, 1791.

G. J. Beer. Pract. Beobachtungen über den grauen Staar und die Krankheiten der Hornhaut; *ou* Observations pratiques sur la cataracte et les maladies de la cornée. Wien, 1791.

Joh. Heinr. Jung. Methode den grauen Staar auszuziehen, etc.; *ou* Méthode d'extraction de la cataracte. Marbourg, 1791. Mit. 4 Kupfert.; in-8°.

J. C. Loder. Observationis hypopyi et indè enatæ synizeseos pupillæ pars I. Jenæ, 1792.

Jonathan Th. Wathen. A new and easy method of curing the fistula lacrymalis. The second edition, with considerable improvements; *ou* Méthode nouvelle et facile de guérir la fistule lacrymale; seconde édition considérablement augmentée. London, 1792.

Gerrii. Jon Van Wy. Nieuwe manier van Staarsnyding; *ou* Nouvelle manière d'opérer la cataracte. Arnhem, 1792.

J. G. A. Wardenburh. Dissert. inauguralis de methodo cataractæ extrahendæ novâ. Gotting., 1792; in-4°.

N. Avellan. Præs. Ad Murray, diss. inaug. de trichiasi. Upsal., 1792.

J. S. Fest. Winke aus der Geschichte eines Augenkranken, etc.; *ou* Instruction tirée de l'histoire d'un individu affecté du mal d'yeux. Leipzig, 1793.

Wilh. Frid. Dreyssig. Diss. de ophthalmiâ recens-natorum. Erford., 1793; in-4°.

C. G. G. Richter. Diss. de amaurosi. Gotting. 1793.

J. Crampton. Dissert. de amaurosi. Edinb. 1793.

J. Ch. Reil. De lentis crystallinæ structurâ fibrosâ. Hal., 1794.

Hedenborg. Praes. Car. Fr. Liliewaleh, de ophthalmiâ. Lundæ, 1794.

J. H. Pfeifer. Dissert. de hypopyo absque operatione sanando. Erlangæ, 1794.

J. F. Merzdorff. Diss. de fistulâ et blennorrhœâ viarum lacrymalium. Halæ, 1794; in-8°.

J. C. Gonradi. Bemerkungen über einige Gegenstænde der Ausziehung des grauen Staares; *ou* Remarques sur quelques points qui ont trait à l'extraction de la cataracte. Leipzig, 1795.

G. G. Santarelli. Ricerche per facilitare il cateterismo e la estrazione della cateratta; *ou* Recherches sur les moyens de faciliter le cathétérisme et l'extraction de la cataracte. Vienna, 1795.

James Ware. An inquiry into the causes which have most commonly prevented success in the operation of extraction of the cataract; *ou* Recherches sur les causes qui s'opposent le plus ordinairement au succès de l'opération de la cataracte par extraction. London, 1795. Traduit en allemand par Leune. Leipzig, 1799.

J. Henr. Chr. Vogler. Diss. de maculis antè oculos volitantibus. Helmstad., 1795; in-4°.

J. N. Thomann. Geschichte einer metastat. Augenentzündung; *ou* Histoire d'une ophthalmie métastatique. Würzb., 1796.

J. V. H. Kœhler. Versuch einer neuen Heilart der Trichiasis; *ou* Essai d'une nouvelle manière de guérir le trichiasis. Leipzig, 1796. Mit. 1 Kupf.

Rud. Abrah. Schiferli. Theoretisch-practische Abhandl. über den grauen Staar; *ou* Traité théori-pratique sur la cataracte. Jena und Leipzig, 1797; in-8°.

J. Barth. Etwas über die Ausziehung des grauen Staares, für den geübten Operateur; *ou* Quelques mots sur l'extraction de la cataracte pour l'opérateur exercé. Wien, 1797; in-8°.

G. F. Beer's. Methode, den grauen Staar sammt der Capsel auszuziehen; *ou* Méthode d'extraire la cataracte avec la capsule crystalline. Wien, 1799.

G. J. Beer. Bibliotheca ophthalmica, etc. Vindob., 1799.

J. K. Sybel. Diss. de quibusdam materiæ et formæ oculi aberrationibus à statu normali. Halæ, 1799.

G. J. Beer. Pflege gesunder und geschwæchter Augen ; *ou* Traitement des yeux sains et affaiblis. Wien, 1800.

George. Adams. Anweisung zur Erhaltung des Gesichts et zur Kenntniss der Natur des Sehens ; *ou* Instruction pour la conservation de la vue et la connaissance de la nature de la vision. Traduit de l'anglais en allemand, avec des notes, par *Fr. Kries.* Deuxième édition. Gotha, 1800.

G. J. Beer. Auswahl aus dem Tagebuche eines practischen Augenarztes ; *ou* Extrait choisi du journal d'un médecin des maladies des yeux. Wien, 1800.

Edw. More. Noble. A treatise on ophthalmy; *ou* Traité de l'ophthalmie. Birmingham, 1800. Traduit en allemand avec des notes par *K. G. Kühn.* Leipzig, 1802.

A. Schmidt. Ueber Iritis und Nachstaar, *ou* Sur l'iritis et la cataracte consécutive. Wien, 1801; in-4°.

S. T. Sæmmering. Abbilduugen des menschlichen Auges ; *ou* Figures de l'œil de l'homme. Frankf. am Main, 1801 ; in-fol. Mit. 16 Kupf. — Ces planches sont copiées dans l'ouvrage de *Demours.*

James Earle. An account of a new method of operation for the removal of the opacity in the eye, called cataract; *ou* Description d'une nouvelle méthode pour l'opération de la cataracte. London, 1801. Avec deux planches. Dans *Langenbeck*'s Bibliothek Bd. I. St. I. S. 496.

G. le Febure. Von den Augenentzündungen und den daraus entstehenden Augenkrankheiten; *ou* des Ophthalmies et des maladies oculaires qui en résultent. Frankf. am Main, 1802.

J. A. Hassenmüller. Diss. novum ad curationem trichiaseos remedium sistens. Dorpat., 1802.

J. Ad. Schmidt. Ueber die Krankheiten des Thrânenorgans; *ou* sur les Maladies de l'organe lacrymal. Wien, 1803; in-8°.

Lacournière. Considérations sur l'opération de la cataracte. Strasb., 1803.

J. A. Tittmann. Von den topischen Arzneimitteln gegen Au-

genkrankheiten; *ou* des Topiques convenables contre les maladies des yeux. Dresden, 1804.

Arthur Edmonston. A treatise on the varieties and consequences of ophthalmia; *ou* Traité sur les diverses espèces d'ophthalmies et sur leurs suites. Edinb., 1806.

G. J. Beer's Ansicht der staphylomatœsen Metamorphosen des Auges und der künstlichen Pupillenbildung; *ou* sur les Staphylômes de l'œil et la formation d'une pupille artificielle. Wien, 1806.

J. Spindler. Ueber Entzündungen des Auges; *ou* sur les Inflammations de l'œil. Würzburg, 1807.

C. A. Weinhold. Anleitung, den verdunkelten Krystallkœrper im Auge des Menschen jederzeit bestimmt mit seiner Kapsel umzulegen; *ou* Instruction pour toujours abaisser d'une manière certaine le crystallin avec sa capsule. Meissen, 1809, 2te; Ausg. 1812.

Wardrop. Observations on fongus hæmatodes; *ou* Observations sur le fongus hématodes. Edinburgh, 1809.

Jac. Ware, chir. Beobachtungen über die Augen; *ou* Observations sur les yeux; traduit de l'anglais en allemand, par J. G. Runde. Gœttingen, 1809.

T. Benedict. Diss. de morbis humoris vitrei in oculo humano. Lips., 1809; in-4°.

F. T. Flemming. Diss. inaug. de dacrycystitide. Vitebergæ, 1810.

W. Bratsch. Diss. inaug. de panno oculi. Landishuti, 1810.

J. F. Schrœter. Das menschliche Auge in einer vergrösserten Darstellung a. e. ausgemalt. Tafel nach Sœmmerring; *ou* l'Œil de l'homme représenté avec grossissement d'après Sœmmerring. Weimar, 1810.

Guil. Henr. Buchhorn. De Keratonyxide, novâ cataractæ aliisque oculorum morbis medendi methodo chirurgica. Magdeb., 1810.

J. Ch. Rosenmüller. Partium extern. oculi humani, imprimüs lacrymal. descriptio. anat. Lipsiæ, 1810.

T. Benedict. De pupillæ artificialis conformatione. Lips., 1810.

C. H. Wachter. Diss. de pupillâ artificiali. Grœninge, 1810.

G. G. Veit. Commentatio medica exhibens oculi humani anatomiam et pathologiam ejusdemque in statu morboso exstirpationem. Norimbergæ, 1810.

Buchorn. Die Keratonyxis, eine neuere gefahrlosere Methode, den grauen Staar zu operiren, nebst einigen erlæuternden Operationsgeschichten; *ou* la Kératonyxis, nouvelle méthode moins dangereuse d'opérer la cataracte, avec quelques observations relatives à cette opération. Magdeburg, 1811.

J. Rainer. Diss. de carcinomate oculi. Landish., 1811.

Gibson. Practical observations on the formation of an artificial pupil; *ou* Observations pratiques sur le moyen d'établir une pupille artificielle. London, 1811.

Fr. R. K. Tissot. Diss. sistens varias auctorum opiniones de staphylomate. Erlang., 1811.

E. J. M. Langenbek's Prüfung der Keratonyxis; *ou* Examen de la Kératonyxis. Gœttingen, 1811.

J. Scheuring. Parallele der Vortheile und Nachtheile der vorzüglichsten operationsmethoden des grauen Staares; *ou* Parallèle entre les avantages et les inconvéniens des principales méthodes d'opérer la cataracte. Bamberg und Würzburg, 1811.

Paolo Assalini. Ricerche sulle pupille artifiziale; *ou* Recherches sur les pupilles artificielles. Milano, 1811. Traduit en allemand, avec des remarques, par *F. A. Pœnitz.* Dresden, 1813.

D. H. Kieser. Ueber die Natur, Ursachen, Kennzeichen und Heilung des Schwarzen Staars; *ou* sur la Nature, les causes, les signes et le traitement de l'amaurose. Gœttingen, 1811.

J. C. Winkler. Anleitung zur Erhaltung des Gesichts nach optischen Grundsætzen; *ou* Instruction pour la conservation de la vue, d'après les principes de l'optique. Leipzig, 1812.

J. P. Maunoir. Mémoires sur l'organisation de l'iris et l'opération de la pupille artificielle. Paris, 1812.

F. Jaeger. De keratonyxidis usu. Viennæ, 1812.

William Adams. Practical observations on ectropium or eversion of the eye-lids, with the description of a new operation for the cure of tat disease; on the modes of forming an artificial pupil and on cataract; *ou* Observations pratiques sur l'ectropion ou le renversement des paupières; description d'une nouvelle opération pour guérir cette maladie, et des procédés pour pratiquer la pupille artificielle et l'opération de la cataracte. London, 1812.

G. J. Beer. Das Auge, oder Versuch das edelste Geschenk der Schœpfung vor dem hœchst verderblichen Einflusse unseres Zeitalters zu sichern; *ou* l'Œil, ou Essai de préserver de l'influence désastreuse du siècle, ce don précieux de la création. Wien, 1813.

J. B. Wenzl. Ueber den Zustand der Augenheilkunde in Frankreich, nebst kritischen Bemerkungen über denselben in Deutschland; *ou* sur l'Etat de la médecine oculaire en France, avec des remarques critiques sur son état en Allemagne. Nürnberg, 1813.

James Ware. Remarks on the ophthalmy, psorophthalmy and purulent eyes of new born children; *ou* Remarques sur l'ophthalmie, la psorophthalmie et l'opthalmie purulente des nouveau-nés. London, 1814.

T. W. G. Benedict. Monographie des grauen Staares; *ou* Monographie de la cataracte. Breslau, 1814.

Fr. Reisinger. Diss. de exercitationibus chirotechnicis et de constructione atque usu phantasmatis in ophthalmologiâ. Gotting., 1814.

L. Schmid. Præs. I. H. F. Autenrienth, diss. de pupillâ artif. in scleroticâ aperiendâ et de gravi morbillorum epidemiâ Gomaringensi. Tubing., 1814.

Helling. Beobachtungen über die im Feldzuge 1813-14 bei den preussischen Soldaten gleichsam epidemisch gewor-

dene Augenkrankheiten; *ou* Observation sur l'ophthalmie qui a régné en quelque sorte épidémiquement dans l'armée de Prusse, pendant la campagne de 1813-14. Berlin, 1815.

C. A. Weinhold. Ueber eineheftige der ægyptischen Ophthalmie æhnliche epidemische Augenkrankheit; *ou* sur une violente maladie épidémique des yeux, qui a de l'analogie avec l'ophthalmie d'Egypte. Dresden, 1815.

Ant. Rosas. Diss. quæ, rejectâ fistulæ lacrymalis ideâ veram fistulæ lacrymalis notionem et sanandi methodum, exceptâ occlusi ductûs nasalis operatione proponit. Viennæ, 1815.

F. E. Niesar. De rheumatismi in oculum humanum effectu. Vratisl., 1815.

F. J. Hohlfeld. Diss. de pupillæ artificialis conformatione. Berol., 1815.

Ph. Heineken. Ophthalmobiotik, oder Regeln und Anweisung zur Erhaltung der Augen; *ou* Ophthalmobiotique, ou règles et instructions pour la conservation des yeux. Bremen und Leipzig, 1815.

Th. Baltz. Die Augenenzündung unter den truppen in den Kriegsjahren 1813-15, oder die Ophthalmia catarrhalis bellica; *ou* l'Ophthalmie parmi les troupes pendant les campagnes de 1813-15, ou l'ophthalmie catarrhale militaire. Berlin, 1816.

Ph. Ant. Bayer. Ueber Trichiasis und Entropium, nebst Beschreibung einer verbesserten Augenliedzange; *ou* sur le Trichiasis et l'Entropion, avec la description d'une pince à paupière perfectionnée. Nürnberg, 1816.

J. C. Bock. Diss. de choroideæ morbis. Berol., 1816.

Alban. Versuch einer Anleitung zur richtigen Gesundheitspflege der Augen für den nichtartz; *ou* Essai d'hygiène oculaire à l'usage des gens du monde. Rostock, 1816.

F. Vasani. Storia dell' oftalmia contagiosa d'Egitto e sulla sua propagazione in Italia; *ou* Histoire de l'ophthalmie contagieuse d'Egypte et de sa propagation en Italie. Mi-

lano, 1816. Traduit en allemand par Wolf. Frankfurt a. M., 1820; in-8°.

J. H. Reveillé-Parise. Hygiène oculaire, etc. Paris, 1816.

John Vetch. Observations relative to the treatement by sir Wiliam Adams of the ophthalmic cases of the army; *ou* Observations relatives au traitement employé par sir Will. Adams, contre l'ophthalmie des camps. London, 1816, Traduit en allemand par Michaelis. Berlin, 1817.

W. Mensert. Verhandeling over de Keratonyxis; *ou* Traité sur la Kératonyxis. Amst., 1816.

J. G. Betz. Diss. inaug. de amovendâ cataractâ per Keratonyxidem. Jenæ, 1816.

Reisinger. Darstellung eines neuen Verfahrens, die Mastradmfistel zu unterbinden, und einer neuen Methode, künstliche Pupillen zu bilden; *ou* Nouveau procédé pour lier les fistules du rectum, avec une nouvelle méthode pour former des pupilles artificielles. Augsburg, 1816.

F. T. Fabini. Diss. inaug. de amaurosi. Viennæ, 1816.

William Adams. A letter to the directors of Greenwich hospital, etc., for the extermination of the Egyptian ophthalmia; *ou* Lettres aux directeurs de l'hôpital de Greenwich, etc., sur les moyens à employer pour faire disparaître l'ophthalmie d'Egypte. London, 1817.

Iüngken. Nunquàm lux clara ophthalmiæ neonatorum causa est occasionalis. Berol., 1817.

Hirschfelder. Diss. inaug. de iridis inflammatione diversâ. Berolini, 1817.

H. Friedlænder. De medicinâ oculorum apud Celsum commentarius. Hal., 1817.

F. Beer. Diss. inaug. de inflammatione lentis crystallinæ. Landishuti, 1817.

K. F. Græfe. Repertorium augenærztlicher Heilformeln; *ou* Répertoire de formules usitées contre les maladies des yeux. Berlin, 1817.

William Adams. A practical inquiry into the causes of the fre-

quent failure of the operation of depression, and of the extraction of the cataract as usually performed; *ou* Recherches pratiques sur les causes de la fréquence des insuccès, à la suite de l'opération de la cataracte, par les procédés de dépression et d'extraction comme on les pratique ordinairement. London, 1817.

J. C. Iüngken. Diss. inaug. de pupillæ artificialis per coreonçion Græfianum conformatione. Berolini, 1817.

Læbenstein-Læbel. Graundiss. der Semïologie des Auges; *ou* Elémens de Séméiologie de l'œil. Jena, 1817.

Jos. Syller. Diss. de hæmophthalmo. Landish., 1817.

J. Ch. Jüngken. Das Coreoncion, ein Beitrag zur Künstlichen Pupillenbildung; *ou* le Coréoncion ou fragment pour servir à la formation des pupilles artificielles. Berlin und Leipzig, 1817.

J. B. Seveneik. Diss. inaug. de amaurosi. Berolini, 1817.

C. Behr. Diss. inaug. de spasmo iridis. Halæ, 1817.

Xav. Hatzler. De ophthalmitide in genere. Monachii, 1818.

Detm. W. Sœmmerring. Comment. inaug. de oculorum hominis animaliumque sectione horizontali. Gotting., 1818.

Hazard Mirault. Traité pratique de l'œil artificiel. Paris, 1818.

F. W. Wallroth. Syntagma de medicinâ oculorum veterum, specimen med. philolog. Halæ, 1818.

F. Fabini. Diss. inaug. de hypopyo. Tubing., 1818.

M. J. Chelius. Ueber die durchsichtige Hornhaut des Auges, ihre Function und ihre krankaften Verænderungen; *ou* sur la Cornée transparente de l'œil, ses fonctions et ses maladies. Karlsruhe, 1818.

Guillié. Nouvelles recherches sur la cataracte et la goutte-sereine, 2e édit. Paris, 1818.

Ch. F. H. Busse. Pathologia oculi generalis. P. 1. Berol., 1818; in-8°.

Jos. à Gendre. Diss. inaug. sistens diversarum cataractæ operandæ methodorum inter se comparationem. Landishuti, 1818.

G. Wagner. Commentatio de Coremorphosi, sist. brevem methodorum ad pupillæ artificialis conformationem hucusque adhibitarum adumbrationem novique ad Iridodialysin instrumenti descriptionem. Gotting., 1818.

J. Emden. Diss. de raphiankistro, novo instrumento ad novam coremorphoseos methodum perficiendam. Gotting, 1818.

Schlagintweit. Ueber den gegenwærtigen Zustand der künstlichen Pupillenbildung in Deutschland ; *ou* sur l'Etat actuel de la formation des pupilles artificielles en Allemagne. München, 1818.

G. C. Luce. Diss. de ectropio sarcomatoso per ferramentum candens sanando. Berolini, 1818.

J. H. Schnorr. De cognoscendâ curandâque amaurosi. Halæ, 1818.

Schindler. Commentatio ophthalmologica de iritide chronicâ ex keratonyxide subortâ. Vratislaviæ, 1819.

Godofr. Tuchmann. Diss. inaug. sistens ophthalmiam recentioribus temporibus frequentissimè in exercitibus observatam. Gottingæ, 1819.

Rotermundt. Diss. inaug. de ophthalmiâ scrophulosâ. Ratisbonæ, 1819.

F. Miller. Anat. und physiologische Darstellung des menschlichen Auges; *ou* Exposition anatomique et physiologique de l'œil de l'homme. Wien, 1819; in-8°.

Ph. von Walther. Merkwürdige Heilung eines Eiterauges, nebst Bemerkungen über die Operation des Hypopyons, 2te Aufl.; *ou* Guérison remarquable d'un hypopion, avec des remarques sur l'opération relative à cette affection. Landshut, 1819.

J. Purkinje. Beitræge zur Kenntniss des Sehens in subjectiver Hinsicht; *ou* Mémoires pour servir à la connaissance de la vision. Prag, 1819.

Zimmer. Diss. inaug. de hypopyo. Landishuti, 1819.

B. Birchmayr. Diss. inaug. de cataractâ ejusque per extractionem curandæ methodo. Landish., 1819.

C. L. Bieske. Animadversiones de cataractæ genesi et curâ. Erlangæ, 1819.

A. G. Rœmer. Diss. inaug. de ophthalmiis. Rostochii, 1820.

Bätcke. Diss. inaug. de quibusdam oculi inflammationibus. Berolini, 1820.

Joh. Nep. Rust. Die ægiptische Augenentzündung unter der kœnigl. Preussischen Bezatzung in Mainz; *ou* l'Ophthalmie d'Egypte parmi les troupes prussiennes de la garnison de Mayence. Berlin, 1820.

F. Bœhme. Diss. inaug. de ophthalmiâ syphiliticâ. Berolini, 1820.

G. J. Guthrie's. Treatise on the operation for the formation of an artificial pupil; *ou* Traité de l'opération de la pupille artificielle. London.

G. J. Guthrie's. Treatise on cataract and inflammation of the iris; *ou* Traité de la cataracte et de l'inflammation de l'iris. London.

Hoffbauer. Diss. inaug. de corneâ ejusque morbis. Berolini, 1820.

Heilbronn. Diss. inaug. de variis cataractæ curandæ methodis. Berolini, 1820.

E. T. Schulze. Diss. inaug. de pupillæ artificialis conformatione. Berolini, 1820.

J. C. Lindner. De variis pupillæ artificialis conformatione. Vratislaviæ, 1820.

Andr. Daiminger. Diss. inaug. de amaurosi. Wirceburgi, 1820.

C. B. Lorenz. Diss. inaug. de nystagmo. Berolini, 1820.

Metsch. Diss. inaug. de blepharophthalmiâ blennorrhoïcâ recens natorum. Berolini, 1821.

Theveng. Diss. inaug. de blepharophthalmiâ infantum recens natorum. Berolini, 1821.

J. B. Müller. Erfahrungssætze über die contagiœse und ægyptische Augenentzündung; *ou* Faits d'expérience sur l'ophthalmie contagieuse d'Egypte. Mainz, 1821.

Philippi. Diss. inaug de ophthalmiâ scrophulosâ. Berol., 1821.

E. O. Dann. Diss. inaug. de ophthalmiâ arthriticâ et rheumaticâ. Halæ, 1821.

C. F. Kæmper. Diss. inaug. de iritide syphiliticâ. Gottingæ, 1821.

C. A. Werres. Erstes Schutzmittel und Specificum gegen die kontagiœse Augenentzündung am Niederrhein; eine Streitschrift; *ou* Premier préservatif et spécifique contre l'ophthalmie contagieuse dans le Bas-Rhin. Cœiln, 1821.

C. W. Diener. Diss. inaug. de operationis fistulæ lacrymalis ratione. Landishuti, 1821.

Phil. Chilwell de la Garde. A treatise on cataract, intended to determine the operations required on the different forms of that disease; *ou* Traité de la cataracte où l'on expose les opérations que réclament les diverses formes de cette maladie. London, 1821.

Bartolomeo Panizza. Annotazioni anatomico-chirurgische sul fungo midollare dell' occhio, e sulla depressione della cateratta; con tre tavole; *ou* Remarques anatomico-chirurgicales sur le fongus *médulloire* de l'œil, et sur l'abaissement de la cataracte; avec trois planches. Pavia, 1821.

C. H. Weller. Ueberkünsliche Pupillen, und eine besondere Methode diese zu verfertigen; *ou* sur les Pupilles artificielles, et sur une méthode particulière de les pratiquer. Berlin, 1821.

F. A. Ammon. Opththalmoparacenteseos historia. Gotting., 1821.

Aktenstücke über die kontagiöse Augenentzündung. Auf Veranlassung der Geistlichen-Unterrichts und Medicinal-Angelegenheiten herausgegeben; *ou* Pièces officielles sur l'ophthalmie contagieuse. Berlin, 1822; in-8°.

Giuseppe Georgi. Memoria sopra un nuovo instrumento per operare la cateratta, e per formare la pupilla artificiale; *ou* Mémoire sur un nouvel instrument pour pratiquer l'operation de la cataracte, et pour former une pupille artificielle. Imola, 1822.

F. A. Klose. Diss. med. de nonnullis visûs vitiis. Gotting., 1822.

J. F. Riemann. Staphylomatis nosologiæ specimen. Berolini, 1822.

M. G. Martini. Diss. pathologico-chir. de fili serici usû in quibusdam viarum lacrymalium morbis. Lipsiæ, 1822.

J. L. Friederich. Diss. inaug. de staphylomate.

E. F. Graefe. Die epidemische kontagiœse Augenblennorrhoe Ægypten's in den europæischen Befreiungsheeren; *ou* l'Ophthalmoblennorrhée contagieuse et épidémique d'Egypte dans les armées alliées. Berlin, 1823; in-fol.

J. H. Leuw. Ueber die jetzt herrschende kontagiœse ægyptische Augenkrankheit; *ou* sur l'Ophthalmie contagieuse d'Egypte qui règne aujourd'hui. Essen, 1823.

M. Vausevendow. Spec. sistens ætiologiam prophylaxinque ophalmitidis in belgarum exercitu jàm dudùm grassatæ. Lovanicæ, 1823.

J. B. Müller. Die neuesten Resultate über das Vorkommen und die Behandlung einer ansteckenden Augenlieder-krankheit unter den Bewohnern des Niederrheins, *ou* Derniers résultats sur l'existence et le traitement d'une maladie contagieuse de paupières, qui règne parmi les habitans du Bas-Rhin. Leipzig, 1823.

J. H. M. Poppe. Die ganze Lehre vom Schen, etc. Mit. 9 Steintafeln; *ou* Théorie universelle de la vision. Tübingen, 1823.

H. A J. Ströser. Diss. de iritide syphiliticâ. Lipsiæ, 1823.

Natale Catanoso. Osservazioni cliniche sopra l'estrazione del crystallino; *ou* Observations cliniques sur l'extraction du crystallin. Messina, 1823; in-8°.

Lusardi. Mémoire sur la cataracte congéniale. Montpellier, 1823; in-4°.

C. H. E. Hærtelt. Diss. de extractionis cataractarum præstantiâ methodique strenuè antiphologisticæ ipsâ peractâ usu. Vratislaw., 1823; in-4°.

A. Fr. Schmidt. Diss. de trichiasi et entropio. Berol., 1823; in-8°.

G. L. F. Hegeler. Diss. de staphylomate. Lipsiæ, 1823.

Th. R. Baltz. Ueber die Enstehung der Augenentzündung, welche seit mehreren Jahren unter den Soldaten geherrscht hat. Eine gekrönte Preisschrift; *ou* sur l'Origine de l'ophthalmie qui a régné depuis plusieurs années parmi les troupes; ouvrage couronné. Berlin, 1824; in-8°.

Ludovico Paoli. Osservazioni sull'oftalmia, che hauno offerto i militari di Liverno, *ou* Observations sur l'ophthalmie qui a été observée sur les soldats de la garnison de Livourne. Livorno, 1824; in-8°.

James Hewson. Observations on the history and treatment of the ophthalmia accompanying the secundary form of lues venerca; *ou* Observations sur l'histoire et le traitement de l'ophthalmie qui accompagne les symptômes secondaires de la maladie vénérienne. Dublin, 1824; in-8°.

John Stevenson. A treatise on cataract and the cure of that disease in ist early stages; *ou* Traité de la cataracte et des moyens de guérir cette maladie lorsqu'elle commence à se former. London, 1824; in-8°.

John Bowen. Practical observations on the case of every species of cataract by hyalenyxis or vitreous operation; *ou* Observations pratiques sur le traitement de toutes les espèces de cataractes par l'hyalenyxis. London, 1824; in-8°.

C. J. Karl. Anleitung kranke Augen zu untersuchen, nebst Berücksichtigung ihrerconsensuellen Verhâltnisse, *ou* Instructions sur la manière d'examiner les yeux malades, en ayant égard à leurs rapports sympathiques. Wien, 1824.

William Kitchiner. Die Oekonomie der Augen; oder Vorschriften zur Erhaltung und Verbesserung des Gesichts, nebst Bemerkungen über das tragen der brillen und den Gebrauch der Operngukér, so wie astronomischer und terrestricher Telescope; *ou* l'Economie des yeux, ou Préceptes pour la conservation ou perfectionnement de la vue, avec des remarques sur l'usage des bésicles, des lorgnettes et des télescopes. Traduit de l'anglais. Weimar, 1825.

INTRODUCTION.

Avant de décrire les diverses maladies dont l'œil peut être affecté, je vais exposer en peu de mots les différences qui existent entre l'ophthalmie simple et l'ophthalmie spécifique.

On observe à la surface de l'organe de la vue et dans son intérieur, des états inflammatoires qui diffèrent entre eux d'une manière essentielle, mais qui se présentent sous des aspects si variés et si nombreux, qu'il n'est pas toujours facile de les distinguer. De cette circonstance, naissent des difficultés dans l'application des moyens thérapeutiques que réclame chacun d'eux en particulier. Une classification bien faite de ces divers états inflammatoires serait d'un grand secours, si, dans le cours de la pratique, elle pouvait empêcher toute erreur et toute confusion.

C'est avec cette intention que je vais d'abord décrire l'*inflammation simple* (1) de l'œil, pour exposer ensuite, com-

parativement, l'*inflammation spécifique* de cet organe; car ces deux états, pour être traités d'une manière rationnelle, ne doivent pas être confondus par le praticien.

J'entends par *inflammation simple*, celle qui ne reconnaît jamais pour cause une maladie spéciale, celle qui parcourt ses deux premières périodes sans éprouver aucune déviation de sa marche primitive, sans offrir aucuns phénomènes particuliers, et qui par conséquent nous donne l'idée d'une inflammation variable, seulement dans son degré, ayant toutefois égard aux circonstances accessoires que j'indiquerai.

On connaît les phénomènes généraux qui caractérisent l'inflammation à son début; cependant une phlegmasie simple peut se manifester sous plusieurs types différens, et présenter par conséquent diverses modifications pathologiques. Ainsi, les symptômes varient selon la structure et les fonctions particulières de l'organe frappé d'inflammation, selon la constitution du sujet affecté, selon son âge et son sexe, selon les causes éloignées, etc., etc. On observe dans presque tous les cas des différences qui tiennent aux propriétés de tissu des organes malades; propriétés dont nous nous occuperons avec plus de détails en parlant des inflammations spécifiques, et qui, pour la plupart, méritent une attention particulière sous le rapport du traitement qui leur convient.

Ainsi, par exemple, les symptômes qui caractérisent l'inflammation simple des glandes de Méibomius (follicules ciliaires) diffèrent de ceux qui accompagnent les phlegmasies de la cornée, de l'iris, de la rétine, etc., etc. La première,

(1) *Traduction littérale* : inflammation pure.

en effet, si elle est peu intense, ou même si elle est violente pendant la seconde période, se manifeste par une augmentation anormale du produit de la sécrétion folliculaire ; tandis que l'inflammation de la cornée, lors même qu'elle existe à un degré modéré, occasionne une altération de couleur de cette membrane, qui prend alors un aspect blanchâtre; l'iris, dont la coloration naturelle est brune, devient rougeâtre lorsqu'elle est le siége d'une phlegmasie, etc.

En général, le traitement qui convient à toutes ces inflammations simples est toujours le même. Cependant elles peuvent être séparément l'objet de considérations particulières basées sur la structure et les fonctions de chacun des organes.

L'âge et la constitution du malade réclament une attention spéciale pour le diagnostic et le traitement. En effet, il est des ophthalmies simples qui surviennent chez les individus faibles ou avancés en âge, ophthalmies dans lesquelles la phlogose, loin d'être bien franche, est au contraire si peu prononcée, que la première période s'écoule très-rapidement, quelquefois même passe sans être aperçue par le médecin (inflammations asthéniques). On peut voir alors survenir des symptômes appartenant à la seconde période, bien qu'il n'ait existé aucun signe très-évident d'inflammation, symptômes qui ne sont que le résultat d'un relâchement extraordinaire des parties malades (1). Bien qu'on observe

(1) Lorsque ces *inflammations avec relâchement* occupent les glandes de Méibomius et les autres parties des paupières et qu'on trouve celles-ci collées ensemble le matin ; lorsque la négligence et la malpropreté ont laissé s'accumuler pendant le jour le produit de la sécrétion de ces glandes, qui s'épaissit et finit par se durcir vers la commissure interne.

souvent, même dans l'inflammation asthénique, une première période pendant laquelle la phlogose est plus ou moins évidente, on ne doit pas ordinairement combattre celle-ci par les antiphlogistiques, parce que sa durée étant très-courte, la seconde période qui lui succède se prolonge quelquefois au point qu'elle devient pour l'œil un état habituel et peut même amener la destruction de cet organe. Aussi cette seconde période réclame-t-elle les plus grands soins tant pour le traitement local et général que pour le régime.

Cependant les inflammations simples ne suivent pas toujours la même marche chez les sujets âgés ou débiles. La phlegmasie peut, même lorsqu'il y a asthénie générale, revêtir un caractère d'acuité et d'intensité remarquable qui tient spécialement à la cause éloignée et à l'exaltation momentanée où se trouve l'organe de la vue en particulier. Lorsque dans le cours d'une ophthalmie il n'existe plus de véritable

enfin lorsqu'il y a toujours eu absence de douleurs, de picotemens, de rougeur, et qu'il n'y a pas d'excoriations, circonstances qu'on observe assez communément chez les personnes avancées en âge, je me sers avec beaucoup de succès de fomentations, plusieurs fois répétées dans la journée, avec l'*esprit de corne de cerf*, d'abord étendu de la moitié d'eau opiacée, et ensuite employée seul. La préparation de l'*eau opiacée* se fait en distillant de l'eau sur un quart environ de son poids d'opium pur; ou bien on peut, en préparant l'extrait d'opium ordinaire, faire évaporer la dissolution aqueuse d'opium au bain-marie dans une petite cornue à laquelle on adapte un récipient parfaitement luté. L'eau obtenue par ce procédé exhale une très-forte odeur d'opium, surtout au bout de quelques jours. On doit, pour la conserver, la tenir dans une cave, et enfermée dans un flacon bouché à l'émeri, car sans ces précautions elle perd en peu de tems l'odeur d'opium.

phlogose, et qu'on voit au contraire survenir la période dite asthénique, les applications locales de vin opiacé sont d'une grande utilité et sont conseillées par tous les oculistes les plus célèbres; c'est également à cette période qu'on emploie avec succès les topiques tièdes. Quand l'inflammation se ralentit, il faut avoir recours à des moyens plus stimulans et plus actifs

On doit distinguer l'inflammation simple de l'inflammation idiopathique; en effet celle-ci est simple, à la vérité, dans la plupart des cas, mais on ne peut pas dire qu'elle le soit toujours. Ainsi une irritation quelconque exercée sur l'œil par une *cause éloignée* pourra revêtir en même temps la forme spéciale d'une affection déjà existante chez le sujet malade. Que du sable, par exemple, pénètre entre les paupières et le glob e de l'œil d'un enfant scrophuleux, l'inflammation idiopathique à son origine, se transformera en inflammation scrophuleuse. Dans les cas même où il n'y a qu'une disposition aux scrophules, il arrivera quelquefois que l'ophthalmie revêtira le caractère qui est propre à cette maladie. Les ophthalmies simples peuvent être le résultat d'une autre affection; alors on les considère comme des états morbides sympathiques. Ainsi on voit survenir les ophthalmies simples très-intenses succédant à la suppression d'un écoulement sanguin habituel; elles se forment très-rapidement, s'accompagnent de fièvre dès leur début et suivent ordinairement une marche rapide et très-aiguë. On voit également dans le cours des fièvres inflammatoires, se développer des ophthalmies qui se présentent, comme dans le cas précédent, avec des caractères d'acuité très-prononcés. On doit alors les combattre par les mêmes moyens généraux que la fièvre inflammatoire

Toutes les parties de l'œil peuvent être affectées d'inflammation simple; celle-ci se manifeste alors sous les diverses formes que nous décrirons par la suite. Ces variétés sont fort communes, et les différentes dénominations de *sclerotitis*, *kératitis*, etc., etc., indiquent alors que la phlegmasie occupe la *sclérotique*, la *cornée*, etc., etc. En traitant des formes spéciales qu'affecte l'inflammation, nous nous efforcerons de déterminer d'une manière précise les cas dans lesquels ces dénominations peuvent être employées.

Lorsqu'une inflammation simple arrive à la suppuration, elle a déjà perdu de son intensité; mais il faut qu'elle conserve encore assez d'énergie pour fournir d'une manière convenable le nouveau produit qui caractérise cette période, et pour remplacer des parties détruites. Cependant, si en portant trop loin le traitement antiphlogistique durant la première période, ou seulement, si en le continuant trop longtemps, on a diminué l'inflammation au point de rendre impossible la production d'une suppuration de bonne nature; ou bien encore, si l'inflammation s'est développée chez un sujet très-faible et avec des caractères d'asthénie, il s'établit une suppuration sanieuse; l'organe ainsi affecté reste en partie soumis à l'empire des lois chimiques sous lequel il finit par succomber et passe à l'état de gangrène.

Une *ophthalmie spéciale* reconnaît toujours une cause de même nature qui se rapporte à un état particulier de l'action vitale; cause spéciale, qui souvent a déjà modifié la constitution générale de l'économie, et qui détermine pour chaque espèce d'inflammation des phénomènes qui ne conviennent

qu'à elle, et qui la distinguent ordinairement de toute autre.

Les inflammations spéciales, différant par leur nature (*) de l'inflammation simple, exigent par conséquent un traitement basé non-seulement sur le degré de phlogose, sur ce qu'offre de particulier l'organe affecté, sur la constitution forte ou faible du sujet, mais encore sur leur *cause spéciale*.

Dans l'ophthalmie spécifique, l'état inflammatoire simple est en quelque sorte toujours combiné avec l'affection spécifique; c'est de cette réunion que résulte la nature de la phlegmasie. Lorsqu'il y a prédominance de la phlogose, et que l'œil est le siége d'un état d'exaltation irrégulière de la force vitale déjà viciée ; lorsque par conséquent on observe une ophthalmie à sa première période, l'inflammation est constamment marquée par des symptômes plus intenses que dans le cas opposé, et alors la phlogose prédominante ne devra pas toujours être combattue par les antiphlogistiques, parce que cette première période se terminera très-promptement d'elle-même (**). S'il existe en même temps une asthénie générale

(*) Peut-on, dans l'état actuel de la science, soutenir que toutes les inflammations qu'on a nommées jusqu'ici *spéciales*, diffèrent par leur nature de l'inflammation simple ? Ne doit-on pas considérer, dans plusieurs de ces cas, les diverses modifications qu'éprouve l'inflammation comme résultant de la différence des constitutions individuelles ou des circonstances au milieu desquelles vivent les malades. (*N. d. Tr.*)

(**) Cependant on parvient très-fréquemment à faire avorter complètement des ophthalmies par les émissions sanguines locales, auxquelles on fait succéder l'application du froid lorsque le système capillaire a été suffisamment dégorgé, et lorsqu'on aperçoit un commencement de diminution de la rougeur de la conjonctive. (*N. d. Tr.*)

plus ou moins prononcée, comme cela a lieu dans l'ophthalmie scorbutique, arthritique ou scrophuleuse; si la marche de la première période est tellement rapide qu'elle ne soit pas même remarquée par le médecin, le traitement antiphlogistique aurait pour effet immédiat d'augmenter la maladie générale, et de rendre beaucoup plus longue et plus rebelle la réaction inflammatoire locale qui s'opère sur l'œil.

La plupart des ophthalmies spéciales ont encore cela de particulier, qu'elles ont une prédilection marquée pour telle ou telle partie, pour telle ou telle membrane de l'œil, etc., sur lesquelles elles fixent leur siége. De même que l'inflammation simple, l'inflammation spéciale prendra le nom d'*iritis*, etc., selon qu'elle intéressera l'iris ou toute autre partie de l'œil.

Voilà tout ce que nous avions à dire sur l'ophthalmie simple et spéciale en général; les détails sur les différentes espèces de ces deux ordres d'inflammation seront exposés en leur lieu.

L'œil est un organe qui a des relations intimes avec toute l'économie, ses maladies ne doivent donc jamais être considérées comme étant étrangères au reste de l'organisme, car la plupart des affections des yeux ont leur source dans des maladies générales. Il arrive même fréquemment qu'un observateur inattentif et superficiel ne voit qu'une affection locale, là où le médecin expérimenté ne trouvera qu'un symptôme d'une maladie générale (*). Il est donc nécessaire, pour

(*) D'une *diathèse* ou disposition particulière à l'individu.
(*N. d. Tr.*)

guérir radicalement la plupart des maladies des yeux, de rechercher toujours soigneusement le véritable foyer du mal. Le médecin-oculiste doit observer attentivement, et se rendre raison de tout ce qu'il voit ; car ce ne sont ni les topiques, ni les prétendus spécifiques, ni les collyres, etc., qui lui suffiront pour traiter et guérir les maladies de l'organe de la vue.

Pour ce qui a rapport aux règles de prudence et de précaution, l'oculiste doit avoir égard aux préceptes généraux qui doivent guider tout médecin. Ainsi, il se gardera de pronostiquer d'une manière trop absolue et sans aucune restriction ; il réfléchira bien avant de se prononcer, sur ce qu'il pourra et devra promettre. En effet l'exercice de la partie la plus délicate de la médecine, exige de la part de celui qui veut s'y livrer avec avantage, beaucoup de sagacité, une pénétration profonde et une grande certitude dans le pronostic.

Lorsqu'il s'agira de pratiquer des opérations, le médecin devra surtout examiner si la faculté de voir existe encore dans l'organe, et si le résultat de l'opération ne pourrait pas être de la détruire entièrement. Si l'œil avait été précédemment affecté d'inflammation, il s'assurera de la disparition complète de celle-ci ; il examinera enfin s'il y a quelque chose à gagner en faisant l'opération, et quels sont les avantages qu'on peut en espérer. Il ne devra, non plus, jamais manquer de tenir compte de la susceptibilité individuelle du sujet et de celle de l'organe de la vue (1) ; précaution à laquelle on man-

(1) Il y a des personnes dont les yeux sont extrêmement sensibles à la moindre lésion mécanique, bien que cette susceptibilité ne soit pas indiquée chez elles par une peau délicate ou par d'autres signes ana-

que malheureument trop souvent, ce qui vient encore ajouter aux causes d'insuccès des opérations.

Le médecin-oculiste, qui n'a pas d'établissement public ou privé dans lequel il puisse faire soigner les malades qu'il a opérés ou qu'il traite de maladies graves des yeux, a souvent à lutter contre de nombreux obstacles chez les personnes qui veulent se faire soigner dans leur domicile; obstacles qui n'existent pas dans un établissement clinique. On réussit assez facilement à décider les malades à des opérations, telles que celles de la cataracte, de la pupille artificielle, etc., en présentant celle-ci comme peu graves sous le rapport de l'exécution; mais une fois l'opération faite, on doit recommander aux personnes opérées, et à celles qui les entourent, la plus grande exactitude à suivre les prescriptions, en faisant observer que la moindre négligence, dans leur exécution, enlève au médecin toute responsabilité, et qu'alors on doit

logues d'un pronostic fâcheux, et qui doivent faire craindre le développement d'inflammations qui ordinairement détruisent promptement l'organe de la vue. Il en est d'autres, au contraire, qui supportent des lésions assez fortes, telles que celles de l'iris, sans en paraître gravement affectées, en sorte que l'iritis qui en résulte n'offre plus aucun des symptômes fâcheux qu'on observe dans l'iritis simple. J'ai vu un exemple de tout ce que l'iris pouvait supporter impunément chez un jeune homme dont les yeux étaient bleus. La pupille s'était oblitérée à la suite d'une iritis syphilitique: un prétendu oculiste avait, à défaut d'autres instrumens, introduit dans l'œil de ce malade, jusqu'à dix-huit fois et en très-peu de temps, une aiguille à cataracte en forme de lance; il avait incisé l'iris pour faire une pupille artificielle, qu'il ne réussit enfin à exécuter, fort imparfaitement du reste, qu'après la dix-huitième tentative.

renoncer à l'espoir du succès. Les jeunes médecins se laissent souvent effrayer par l'idée de pratiquer des opérations. Cela se conçoit, en effet, si l'on considère la délicatesse et la mobilité de l'organe sur lequel elles doivent être pratiquées; les malades eux-mêmes consentent rarement à se soumettre à une opération, si elle ne leur offre pas les chances les plus favorables. C'est alors surtout que le jeune médecin doit se tenir en garde contre les accidens qui peuvent survenir après l'opération; car il peut arriver qu'elle ne soit pas couronnée de succès; l'œil peut tomber en suppuration, ou devenir difforme; et alors la réputation de l'opérateur est gravement compromise, s'il n'a pas tenu compte de la constitution du sujet, de l'influence fâcheuse qu'elle peut exercer sur l'issue de l'opération, et surtout s'il n'a pas su mettre des restrictions dans ses promesses de succès.

TRAITÉ
THÉORIQUE ET PRATIQUE
DES
MALADIES DES YEUX.

DE L'OPHTHALMIE SIMPLE EN GÉNÉRAL.

On observe ordinairement deux périodes (1) dans le cours de l'ophthalmie. Cependant, il arrive quelquefois que l'inflammation cesse avec la première, ne laissant après elle d'autre trace qu'une exaltation morbide de la sensibilité dans l'organe de la vue. Comme toute autre inflammation, l'ophthalmic est caractérisée par la rougeur, la chaleur, la tuméfaction et la douleur; mais on voit pr dominer tantôt l'un, tantôt l'autre de ces symptômes; dans certains cas même, un ou plusieurs d'entre eux peuvent manquer. Ces

(1) Nous comprenons dans ces deux périodes ce que Richter et d'autres écrivains nomment ophthalmie *aiguë* et *chronique*, ce qui est appelé ophthalmie *active* et *passive* par d'autres, et ce que Scarpa (*trattato dello principale malattie degli occhi*; edizione quinta 1816. Vol. I, p. 180), désigne, avec les médecins arabes, sous le nom d'ophthalmie *chaude* et *froide*.

particularités résultent ordinairement du siége de l'ophthalmie qui apporte encore des modifications très-variées.

Symptômes de la première période. Indépendamment des signes généraux de l'inflammation, dont nous avons parlé, on remarque une tendance continuelle à fermer l'œil, et un larmoiement habituel; mais ce dernier symptôme disparaît tout-à-fait dans les inflammations intenses, au plus fort de la phlogose, il ne reste à sa place qu'une sécheresse incommode avec immobilité du globe de l'œil. On observe en outre une *photophobie*, ou aversion plus ou moins grande pour la lumière, symptôme qui cesse tout à coup quand l'affection devient très-considérable, parce qu'alors il survient quelquefois une paralysie. Lorsque l'inflammation acquiert beaucoup d'intensité, elle ne reste pas locale, tout l'organisme prend part à la maladie, et on observe les symptômes de la fièvre inflammatoire.

Symptômes de la seconde période (1). L'inflammation une fois parvenue à son plus haut degré, il survient ensuite un état de *relâchement*, souvent au bout de quatre, cinq ou six jours, lorsque déjà l'intensité de l'ophthalmie n'est plus aussi considérable. La douleur et la chaleur des yeux deviennent moins vives, la rougeur artérielle qu'on observait pendant la première période, éprouve des modifications; la couleur, rouge d'abord, se rapproche ensuite davantage d'un bleu sale ou d'un rouge brun. A la même époque, il arrive quelquefois

(1) Ces périodes ne peuvent pas être distinguées dans tous les états inflammatoires de l'œil avec autant de facilité et de précision qu'on l'indique dans les livres. Il est par conséquent absolument nécessaire d'avoir égard dans le traitement non-seulement à l'état de l'œil, mais encore à celui de toute l'économie. Le genre de vie, l'âge, la constitution plus ou moins vigoureuse, les congestions sanguines habituelles vers tel ou tel organe, etc., doivent être pris en considération. Enfin il y a sous ce rapport tant de choses qui ne peuvent être indiquées, qu'il est indispensable que le praticien, pour réussir dans ses efforts, soit doué d'un esprit juste, de ce qu'on appelle tact en médecine, et qui n'est que le produit du génie et de l'expérience.

que le sang s'extravase sur différens points; le malade commence à ouvrir l'œil avec plus de facilité, il supporte plus aisément la lumière, et le larmoiement est moins abondant qu'auparavant. Les sécrétions et les excrétions, qui pendant la première période étaient supprimées, se rétablissent; leurs produits sont fournis en plus grande quantité que dans l'état sain, et sont altérés dans leur composition; quelquefois les parties environnantes de l'œil deviennent œdémateuses.

Lorsque la première période a été très-intense, et qu'on a négligé de combattre l'inflammation, ou lorsque la cause déterminante a agi en occasionant une perte de substance, la suppuration s'établit facilement; elle est le moyen dont se sert la nature pour remplacer les parties détruites (*). Mais cette réparation ne peut avoir lieu qu'autant que le pus jouit des qualités nécessaires. S'il est fétide, ténu, verdâtre ou brunâtre, tel qu'on le voit souvent chez des sujets cachectiques, faibles et âgés, on le désigne sous le nom de *sanie*. Celle-ci, loin de pouvoir régénérer les parties de l'œil que l'inflammation a détruites, augmente au contraire la

(*) Ce n'est pas au pus qu'est due la formation des cicatrices, comme pourrait le faire croire ce passage de l'auteur, mais bien à une exhalation, à la surface des plaies, d'une lymphe coagulable, analogue à celle qui constitue les fausses membranes. Le produit de cette exhalation n'offre d'abord aucunes traces d'organisation; sa surface semble ensuite se recouvrir de bourgeons celluleux et vasculaires, qu'on désigne sous le nom de bourgeons charnus, qui sécrètent le pus. Cette membrane des bourgeons charnus, se contractant peu à peu, tend à approcher du centre de la plaie les tégumens environnans; enfin lorsque la résistance de ceux-ci devient trop considérable, elle se recouvre d'un épiderme qui s'avance graduellement jusqu'au centre, et de cette manière achève le travail de la cicatrisation. Ainsi lorsque le pus offre les qualités auxquelles on reconnaît le *pus louable* ou de bonne nature, il indique seulement que la phlogose existe au degré nécessaire pour que le travail de la cicatrisation s'effectue. Les diverses altérations que peut présenter le pus n'indiquent donc pas que ce fluide est impropre à la *régénération* des parties, mais seulement que l'inflammation n'existe pas au degré convenable. (*N. d. Tr.*)

perte de substance. Assez souvent alors, il s'y joint une véritable fièvre suppuratoire, qui cependant est loin d'accompagner toute suppuration de l'œil.

Ces maladies sont produites par des causes variées. Les plus fréquentes sont : une atmosphère impure, le *trichiasis*, l'introduction de corps étrangers, une lumière trop vive, un passage brusque du grand jour à l'obscurité. L'exposition souvent répétée, et long-temps prolongée, des yeux à la lumière réfléchie par des objets d'une blancheur éclatante, est l'une des causes les plus ordinaires de l'ophthalmie. Celle-ci peut aussi être la suite d'une attention trop soutenue à fixer les yeux sur un objet; elle peut également résulter de lésions produites par des instrumens tranchans ou contondans, de l'usage inutile ou intempestif de lunettes, du mauvais emploi de plusieurs médicamens ordinairement usités contre les maladies des yeux, et surtout d'onguens rancis. On a aussi vu des ophthalmies simples survenir chez des personnes qui s'étaient pendant long-temps amusées à regarder dans un *kaléidoscope.* Les frictions pratiquées trop près des yeux avec la pommade stibiée ont quelquefois produit le même résultat.

On doit ranger parmi les causes qui exercent une influence fâcheuse sur l'œil d'une manière médiate, les congestions vers la tête, et particulièrement vers les yeux; congestions qui sont provoquées par la compression de l'abdomen, par la toux et les cris, par l'habitude de porter les cravattes trop serrées, par des affections morales, etc.; on ne doit pas oublier non plus les suppressions d'écoulemens sanguins, tels que les hémorroïdes, les menstrues et les hémorragies nasales. L'irritation produite par la dentition chez les enfans, et la carie des dents peuvent aussi occasioner une ophthalmie simple.

Le *pronostic* des première et seconde périodes est en général extrêmement variable : il dépend de l'intensité de l'inflammation, de la différence de son siége et de sa cause, de la plus ou moins grande promptitude qu'on met à y apporter les se-

cours de l'art. Les inflammations externes qui sont simples et légères se résolvent souvent, sans laisser après elles aucune trace. Les ophthalmies des paupières ont le plus souvent une marche beaucoup plus lente que celles qui affectent le globe de l'œil. Les inflammations des parties internes de cet organe sont suivies, beaucoup plus souvent que les inflammations extérieures superficielles, d'une perte complète ou partielle de la vue. Celles-ci, au contraire, n'offrent guère ce résultat que d'une manière médiate, et par des altérations dans la texture, telles que des *leucomes*, des *staphylômes*, etc., etc.

Les inflammations qui envahissent le globe de l'œil en totalité, sont presque toujours suivies de suppuration, quelquefois même de gangrène. Au reste, la seconde période peut facilement revêtir de nouveau les caractères de la première sous l'influence de la même cause, ou d'une nouvelle cause occasionelle.

Traitement de la première période. On doit éloigner les causes déterminantes. Il faut donc extraire ou enlever les corps étrangers introduits dans l'œil. Si c'est une poussière fine, par exemple, qui se soit introduite entre les paupières et le globe de l'œil, on en obtiendra facilement la sortie en empêchant pendant quelque temps l'entrée des larmes dans le sac lacrymal, par une compression exercée avec le doigt sous la commissure interne des paupières. Par ce moyen, les corps étrangers sont portés vers la commissure externe, d'où il est aisé de les enlever avec le doigt. Lorsqu'on ne réussit pas de cette manière, il faut chercher le corps étranger entre le globe de l'œil et les paupières, et tâcher de l'extraire à l'aide d'une sonde entourée de charpie mouillée à l'une de ses extrémités, ou avec le coin d'un mouchoir roulé sur lui-même (1), ou bien enfin avec un pinceau. Lorsqu'on pré-

(1) *Observations chirurgicales sur l'œil*, par *Ware*; traduit en allemand par le docteur *Runde*, avec des notes par le professeur *Himly*, vol. 1, p. 21.

sume qu'il existe entre l'œil et les paupières plusieurs petits corps étrangers, il est bon d'y faire des lotions avec de l'eau, ou de nettoyer leur surface par des injections de ce fluide faites avec précaution.

Si le corps étranger s'est attaché à la conjonctive palpébrale ou oculaire, il est facile de le faire sortir avec une petite spatule.

Mais lorsque ce sont des corps durs et pointus qui ont pénétré sous la face interne même des paupières ou dans la cornée, etc., il faut les soulever avec une aiguille en forme de lance (pl. V, fig. 10), ou avec la pointe d'une lancette, ou bien à l'aide d'une petite pince fine (pl. V, fig. 5). Lorsque les corps étrangers ont intéressé la conjonctive, et qu'ils en sont recouverts en partie de manière à ne pouvoir être enlevés avec la petite pince, il vaut mieux soulever délicatement cette membrane avec ce dernier instrument, et en faire la section tout autour du corps étranger. Par ce moyen, non-seulement on fait l'extraction du corps étranger, mais encore la plaie déchirée de la conjonctive est en même temps transformée en une plaie simple et régulière. Il arrive quelquefois, mais rarement cependant, que des corps étrangers qui ont pénétré dans la cornée, restent enveloppés dans cette membrane, après que la nature a formé autour d'eux une espèce de sac ou de kyste (1).

Souvent, pendant les tentatives qu'on fait pour éloigner de l'œil la cause de l'irritation, il survient un spasme violent du muscle orbiculaire des paupières, surtout quand la cause de cette irritation est à la fois mécanique et chimique. Il faut, dans ce cas, placer le malade dans une chambre où la lumière ne pénètre pas, et l'y laisser dans un repos absolu. On applique ensuite des cataplasmes d'une température modérée, faits avec la mie de pain blanc cuite dans de l'eau ou dans du

(1) *James Wardrop*, *Essays on the morbid anatomy of the human eye*, p. 68. *Ph. Fr. Walther* a trouvé de ces corps étrangers enkystés dans la commissure externe. Voyez ses *Mémoires de médecine pratique*, 1810, vol. 1, pag. 403. (Abhandlungen aus dem Gebiete der pract. Medicin.)

lait, et préparés avec le laudanum liquide de Sydenham. Mais lorsque l'occlusion spasmodique des paupières a persisté pendant long-temps et avec force avant l'arrivée du médecin, il faut ajouter aux cataplasmes une partie d'herbe de jusquiame, et avoir soin qu'ils ne se refroidissent jamais sur l'œil, parce qu'alors le spasme, au lieu de cesser, se prolongerait, et quelquefois même augmenterait de force. On a aussi conseillé contre cette occlusion spasmodique l'emploi de la teinture de *datura stramonium*, à la dose d'une drachme dans trois onces d'eau distillée, en application froide. Mais ce moyen ne convient guère que lorsque l'occlusion spasmodique est occasionée par une irritation plutôt nerveuse qu'inflammatoire. Si l'on a à extraire des cendres chaudes, des particules de mortier, de chaux vive, ou de nitrate d'argent pulvérisé, on le fait avec un pinceau trempé dans du beurre frais non salé, ou bien encore dans de l'huile pure; on évite soigneusement d'employer l'eau pour l'extraction de ces substances, et particulièrement des trois dernières, parce que la chaux venant alors à s'éteindre, et le nitrate d'argent à se répandre davantage, il pourrait en résulter beaucoup plus de dommage. Les pucerons qui s'introduisent quelquefois dans la conjonctive du globe de l'œil, s'enlèvent aussi très-bien, lorsqu'on applique de l'onguent mercuriel, mêlé avec un peu d'huile de lavande, sur les endroits qu'ils occupent. Par ce moyen, ces insectes sont tués dans l'espace d'un petit nombre d'heures, et on les ôte ensuite facilement avec un pinceau trempé dans la graisse diffluente.

Les plaies de l'œil et de ses enveloppes doivent être traitées selon les règles indiquées pour les maladies de chaque organe en particulier. Une fois toutes ces causes externes éloignées autant que possible, l'inflammation plus ou moins vive de l'œil exige un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique. Ainsi, lorsque l'inflammation est très-intense et très-considérable, lersqu'elle s'accompagne d'une fièvre inflammatoire, les saignées générales, qu'on doit répéter s'il est

nécessaire, sont impérieusement indiquées; et, puisqu'il s'agit ici de la conservation du plus noble des organes, il est bon de faire une saignée assez copieuse de l'*artère temporale* ou de la *veine jugulaire*. Quand l'inflammation est moins intense, qu'il n'y a point de fièvre, ou bien lorsqu'elle n'est qu'une suite de l'irritation produite par la cause externe, et qu'elle cesse aussitôt après l'éloignement de celle-ci, l'application de sangsues peut alors suffire. On les met, au nombre de trois, cinq, dix, et plus encore aux tempes, ou bien au-dessous de la commissure interne des paupières, et tout au tour de l'œil; seulement on doit se garder de les placer trop près des paupières, parce qu'on observe souvent alors des tuméfactions et des ecchymoses considérables de ces parties, qui pourraient augmenter l'état inflammatoire en ajoutant à l'irritation. On pratique encore avec succès, sur la veine angulaire, des saignées de huit à douze onces, qui amènent souvent un prompt soulagement, même dans les ophthalmies les plus violentes.

Quand la *conjonctive des paupières* et de la *sclérotique* se trouve affectée de préférence, et offre une tumeur de forme tuberculeuse, on pratique très-utilement des scarifications sur cette membrane. Nous reviendrons sur cette circonstance avec plus de détails, en traitant en particulier de l'inflammation de chacune de ces parties de la conjonctive. L'ophthalmie est-elle survenue à la suite de congestions produites par la suppression des menstrues (1), des hémorroïdes ou d'un épistaxis, alors la soustraction du sang se pratique avec plus d'avantage à l'endroit qui a servi de point de départ à la maladie, ainsi on applique les sangsues aux grandes lèvres, autour du rectum ou aux ailes du nez.

L'ophthalmie survient quelquefois chez les enfans pen-

(1) Les ophthalmies qui proviennent de ces causes s'établissent quelquefois périodiquement. Ainsi *Reil*, *Walther*, etc., ont vu des femmes affectées d'ophthalmie à chaque retour de leurs règles. Voyez *Memorabilia clinica med. pract.*, vol. 1, fascicul. 1, p. 53. *Walther*, l. c. p. 395.

dant une dentition laborieuse ; il faut, dans ce cas, diviser la gencive par une incision cruciale, immédiatement au-dessus de la dent qui se présente près à la percer ; ce procédé n'est cependant pas toujours sûr. On a aussi recommandé les applications de sangsues sur la gencive.

Indépendamment des saignées générales et locales, il faut prescrire le régime antiphlogistique, l'usage des mixtures antiphlogistiques avec le nitrate de potasse, les bains de pieds tièdes, les lavemens, le repos de l'œil, en mettant le malade dans une chambre privée de la lumière, et en lui faisant porter une visière verte.

Des applications d'eau froide sur l'œil, au moyen de compresses de linge fin, pliées en plusieurs doubles, diminuent la chaleur et la douleur, et rendent la guérison beaucoup plus facile.

L'ophlhalmie simple est parfois accompagnée d'un *œdème* de la paupière supérieure, accident qui s'oppose à ce que l'œil ne puisse être examiné. On peut, dans ce cas, faire avec précaution quelques mouchetures sur la peau externe des paupières, et près de leur bord ; il s'écoule alors un liquide sanguinolent dont l'évacuation diminue la tumeur, et facilite l'emploi des moyens utiles (1). Les ophthalmies simples très-légères n'exigent souvent aucune soustraction de sang ; car après qu'on a fait disparaître la *cause éloignée*, on peut faire appliquer de l'eau froide, des compresses d'*oxycrat* ou des collyres mucilagineux non excitans (2), qui procurent ordinairement la guérison en peu de jours. L'inflammation étant en partie domptée par l'emploi des moyens dont nous venons de parler, la plupart des médecins-oculistes conseillent l'application sur l'œil de cataplasmes émolliens, composés

(1) *James Ware*, l. c., p. 37.

(2) Par exemple, celui dont *Reil* donne ainsi la formule :

℞ Mucilage de psyllium.	aa ℥ j.
Id. de coing.	
Eau de roses.	℥ ij.

de mie de pain et de lait, cuits avec un peu de safran, ou de fleurs de bouillon blanc avec du safran, des têtes de pavots, etc. Il faut cependant observer, que chez beaucoup de sujets la sensibilité est si grande, que les yeux frappés d'inflammation ne peuvent pas supporter le moindre contact; on peut, dans ce cas, remplacer avec avantage ces cataplasmes par des vapeurs émollientes et calmantes, d'une chaleur modérée. Du reste, ces cataplasmes et ces fumigations peuvent être renouvelés plusieurs fois dans la journée, environ toutes les deux ou trois heures.

Les cataplasmes appliqués sur l'œil sont très-utiles, lorsque leur emploi a été précédé d'une soustraction sanguine suffisante; on obtient aussi beaucoup de succès des vésicatoires placés sur un lieu plus ou moins éloigné; mais lorsque la phlogose de l'œil est encore considérable, et qu'il existe encore beaucoup d'irritation dans cet organe, les vésicatoires ne doivent pas être appliqués trop près, comme aux tempes, par exemple; car alors ils n'agiraient pas toujours comme dérivatifs ou contre-stimulans, ils augmenteraient au contraire l'état d'irritation de l'œil. Le vésicatoire devra par conséquent être posé selon que la sensibilité de l'œil sera plus ou moins exaltée, tantôt plus loin, c'est-à-dire au bras ou à la nuque, tantôt plus près, c'est-à-dire derrière les oreilles.

Traitement de la deuxième période. Lorsque la première période s'est terminée, et qu'il est survenu une faiblesse locale des vaisseaux de l'œil (1), l'usage des cataplasmes émolliens doit cesser, et il faut avoir recours aux moyens que nous allons indiquer. L'un des principaux, dans cette circonstance, est la *teinture thébaïque* (2). On l'emploie localement, en

(1) C'est-à-dire lorsque l'ophthalmie est devenue chronique.
(*N. d. Tr.*)

(2) *Ware* et *Scarpa* préconisent celle qui se compose d'après la *pharmacopée* de Londres de l'année 1746, et dont la formule est ainsi conçue :

en laissant tomber une ou deux fois par jour une goutte entre les paupières. Elle augmente d'abord la douleur et le larmoiement des yeux, ainsi que l'injection des vaisseaux lorsqu'ils sont visibles; mais bientôt après il en résulte une amélioration manifeste.

Ce médicament est nuisible et augmente l'inflammation lorsque les ophthalmies sont très-intenses, et que son emploi n'a pas été précédé d'évacuations sanguines.

Les *astringens* ne doivent non plus être mis en usage qu'après les antiphlogistiques, et lorsqu'il est survenu une faiblesse locale des vaisseaux sanguins de l'œil. On les administre sous la forme de collyres ou de pommades.

Lorsque dans cette période l'inflammation devient chronique, on obtient souvent beaucoup de succès de l'usage d'une décoction d'écorce de saule, avec ou sans addition de quelques gouttes de laudanum liquide de Sydenham.

Les inflammations arrivées à cette période cèdent souvent à l'emploi d'un collyre composé d'eau distillée ou d'eau de roses et d'acétate de plomb, avec quelques gouttes d'eau-de-vie camphrée ; on peut encore se servir alors de l'*eau oph-*

♃ Opium purifié. . . . . ℥ j.
Canelle. . . . . } aa ʒ ß.
Girofle. . . . . }
Vin blanc d'Espagne. . . . . . . ℔ ß.

Faites macérer à froid pendant une semaine, et filtrez ensuite à travers le papier. Pour que cette préparation ne soit pas trop sujette à s'altérer, on peut y ajouter une vingtième ou vingt-quatrième partie d'alcool. Comme il n'est nullement indifférent d'employer telle ou telle teinture d'opium contre les ophthalmies, et que les oculistes célèbres que nous avons cités ont tous reconnu l'utilité de cette composition (*), il serait fort à désirer qu'on la trouvât dans toutes les pharmacies.

(*) Ware et beaucoup d'autres ont trouvé la teinture d'opium simple nuisible ou inutile dans plusieurs cas où la teinture thébaïque se montrait efficace, et Scarpa (l. c., p. 200) dit, en parlant du laudanum liquide : « Si ingannano assai quelli i quali in simili casi » sostituiscono il laudano liquido all'anzidetta tintura : Ils sont dans l'erreur ceux qui » dans ce cas substituent le laudanum liquide à la teinture que nous avons indiquée plus » haut. »

thalmique de Conradi (1). On emploie aussi très-souvent des solutions de sulfate de zinc, d'alun, etc.

Les *astringens* sous forme de pommades s'emploient surtout lorsque la phlegmasie est devenue très-chronique. Nous traiterons de tous ces médicamens avec plus de détails, en nous occupant des formes spéciales de l'inflammation. Pendant l'emploi de ces moyens, on cherchera peu à peu à familiariser l'œil avec ses impressions habituelles dont on l'avait garanti : ainsi on l'exposera à l'action d'un air sec et chaud; et lorsque l'inflammation aura eu pour résultat la suppuration, on lui donnera autant de lumière qu'il en pourra supporter sans inconvénient, en dirigeant la vue autant que possible vers des objets ou des sites agréables, etc. Toutes ces précautions contribueront puissamment à améliorer la suppuration.

Lorsque la surface qui fournit la suppuration augmente d'étendue, ou lorsque le pus est sanieux et de mauvaise nature, il est très-urgent que l'art intervienne au secours de la *force nutritive* pour établir au plus tôt une suppuration de bonne nature, et diminuer l'étendue de la surface en suppuration. On obtient ce résultat par l'application immédiate et locale de médicamens toniques appropriés à la faiblesse de l'œil, et surtout des substances volatiles, dont on fait cesser insensiblement l'usage aussitôt que la suppuration s'est améliorée. Ainsi on emploie des compresses chaudes et sèches ainsi que des sachets d'herbes aromatiques sèches, avec ou sans camphre, suivant le besoin. On se se sert encore utilement de cataplasmes composés de mie de pain et d'herbes aromatiques, ou de pulpe de pommes, mais il est très-important de ne pas les laisser refroidir sur l'œil.

Lorsque le globe oculaire lui-même est le siége de petits

(1) ℞ Perchlorure de mercure. . . . gr. j.
Laudanum liquide de Sydenham. . ʒ iij.
Eau de roses. . . . . ℥ vj.
Dissolvez et mêlez.

ulcères, on pratique avec succès l'instillation et des lotions avec une solution tiède de pierre divine (1) et un peu de *laudanum liquide de Sydenham.* Lorsqu'une suppuration sanieuse menace de gagner en même temps les parties environnantes, il est bon d'ajouter à la pierre divine un peu de sucre de plomb (acétate de plomb). Si, malgré cette précaution, la suppuration s'étend, il faut, selon l'imminence du danger, toucher les places suppurantes une ou deux fois par jour avec du *laudanum liquide de Sydenham.* Dans les cas les plus urgens, on peut joindre au *laudanum* un peu de baume de vie d'Hoffmann, de petites doses d'éther sulfurique ou de *baume du Pérou*; mais il ne faut pas trop continuer l'usage de ces moyens, car il se formerait facilement des fongosités dont la destruction exige l'emploi du nitrate d'argent ou de l'alun calciné. Toutes les autres altérations survenues pendant la première période ne doivent jamais être traitées par les caustiques tant que la suppuration continue; seulement les abcès trop profonds pour qu'on ait l'espoir de les voir s'ouvrir spontanément, peuvent, pendant cette période, être ouverts par la lancette, à la partie la plus déclive.

Lorsque la fièvre survient pendant la suppuration, il faut prescrire un régime nourrissant, l'usage de stimulans diffusibles, par exemple, du *calamus aromaticus*, du camphre, les éthers acétique ou sulfurique, etc. On donne le *quinquina*, et on cherche à opérer la révulsion de cette tendance morbide de l'œil affecté, par des rubéfians appliqués non loin de cet organe.

(1) Cette préparation consiste en un mélange de sulfate de cuivre cristallisé, de nitrate de potasse et de sulfate acide d'alumine, de chaque onces viij. On fait liquéfier ce mélange dans l'eau même de cristallisation de ces sels, et on y ajoute une demi-once de camphre en poudre. On coule ensuite la masse qui en résulte sur une plaque chaude où elle se solidifie. (*N. d. Tr.*)

MALADIES DES ENVELOPPES EXTERNES DE L'ŒIL.

Inflammation simple des paupières, Blépharophthalmitis.

Division. On distingue les inflammations des paupières en celles qui intéressent leur totalité, et en celles qui affectent seulement quelques-unes des parties qui entrent dans leur composition. Lorsque toutes les parties qui concourent à former les paupières sont affectées à la fois, on désigne cette inflammation sous le nom générique de *Blépharophthalmite;* lorsque les parties superficielles des paupières sont seules intéressées, on la nomme *Blépharophthalmite érysipélateuse.* Si elle n'occupe que les parties situées superficiellement au dessus du sac lacrymal, on la désigne sous le nom d'*Anchylops érysipélateux;* mais quand les glandes de la paupière sont plus spécialement affectées, on dit alors que c'est une *Blépharophthalmite glanduleuse*, et c'est avec raison qu'on a rangé dans cet ordre l'*Ophthalmie des nouveau-nés* (ophthalmia neonatorum). Enfin, si c'est une petite tumeur inflammatoire bornée à une partie isolée de la paupière, on appelle cette phlegmasie circonscrite, *Orgeolet, Grain d'Orge, Hordéolum, Furunculus inflammatorius.*

DE L'INFLAMMATION SIMPLE DES PAUPIÈRES EN GÉNÉRAL.

Blépharophthalmite, Blépharophthalmitis, Blépharitis (de Βλέφαρον*, paupière, avec la terminaison* ῖτις*, employée pour exprimer le mot inflammation* (1).

Du bord de la paupière s'élève une tumeur rouge-vermeil, tendue, très-douloureuse, brûlante, extrêmement sensible au plus léger contact; elle s'étend peu à peu sur toute la

(1) Il est inexact de donner cette terminaison à des noms latins, et d'en former des mots tels que *conjunctivitis*, *duodenitis*, etc. On doit toujours éviter de former ainsi des mots hybrides.

paupière, mais elle est limitée le long du bord de la cavité orbitaire. Le développement de cette phlegmasie est accompagné d'un sentiment de pression, de pesanteur et de roideur de la paupière ; le malade éprouve de la difficulté à ouvrir celle-ci, difficulté qui résulte de la propagation de l'inflammation, soit au muscle orbiculaire (naso-palpébral, Ch.), soit au releveur de la paupière supérieure (orbito-palpébral Ch.). L'œil devient le siége de pulsations perceptibles, non-seulement pour le malade, mais encore pour le médecin. La conjonctive et la pituitaire se dessèchent, et la paupière ne peut plus se mouvoir sans faire éprouver une sensation douloureuse analogue à celle que procurerait la présence de corps étrangers armés de pointes. Le malade s'imagine odorer de la poussière, et, dans certains cas, cette hallucination devient si forte qu'elle l'oblige à éternuer plusieurs fois de suite, et toujours avec une augmentation considérable de la douleur, qui se fait sentir jusque dans l'œil et la tête, et s'accompagne d'apparition de lumière dans le globe de l'œil (*photopsie*).

Souvent à ces symptômes vient se joindre une fièvre inflammatoire, alors la maladie est à son plus haut degré ; la tumeur augmente peu à peu, prend une forme conique, devient ensuite plus molle et moins douloureuse ; sa couleur, de rouge qu'elle était, arrive à être brunâtre ou bleuâtre. La douleur devient irrégulière, pongitive et brûlante ; les battemens ne se font plus sentir que profondément. Les sécrétions et les excrétions, qui avaient été supendues au commencement, reprennent leur activité et s'accompagnent d'une sensation de froid et de pesanteur dans toute la région oculaire. Enfin le sommet de la tumeur prend une teinte rouge-pâle ou jaunâtre, il s'amollit, et on y sent distinctement une fluctuation occasionée par la présence du pus.

Si au contraire l'inflammation survient chez des sujets cachectiques, ou si elle est entièrement négligée ou mal traitée dès le commencement, elle passe facilement à l'état

de gangrène. On aperçoit alors sur la peau de la paupière, qui est d'un rouge foncé, une tache livide, plombée, molle et même pulpeuse au toucher. Cette tache s'agrandit quelquefois très-rapidement, et laisse écouler, lorsqu'on y fait des incisions, une sérosité fétide, plus ou moins ténue et mêlée de sang. Si la gangrène n'est pas bornée à la superficie, le fond des incisions est ulcéreux et d'un rouge brun ou bleuâtre. La gangrène continue à faire des progrès, ou se borne, selon que la phlegmasie a été plus ou moins intense et que le sujet est débile ou vigoureux, les limites de l'escarre commencent à suppurer, et lorsqu'elle est enfin détachée, il s'établit une suppuration de bonne nature; mais si la gangrène ne se borne pas, elle peut envahir toute la paupière et laisser après elle des pertes de substance plus ou moins considérables, d'où résultent l'*Ectropion*, la *Lagophthalmie*, etc.

Le professeur Beer n'a vu jusqu'ici cette phlegmasie générale des paupières occasionée que par les lésions résultant de violens froissemens de ces organes.

Lorsque l'inflammation est traitée dès le principe d'une manière convenable, on peut porter un pronostic avantageux; en effet, l'inflammation disparaît avant que la suppuration ne soit formée, et la paupière reprend bientôt le libre exercice de ses fonctions. Mais lorsque la phlegmasie est mal traitée, lorsqu'il survient de la fièvre, on voit facilement arriver la suppuration ou la gangrène. Une fois la gangrène formée, le malade peut s'estimer heureux s'il en est quitte pour la perte des parties extérieures de la paupière, et même, dans ce cas, il reste toujours un *Ectropion* ou un Œ*il de lièvre* (*Lagophthalmie*). S'il s'établit une suppuration de bonne nature, et que le pus ne séjourne pas dans des clapiers, on obtient le plus souvent, surtout à la paupière supérieure, une cicatrisation heureuse qui ne gêne point l'usage de cet organe. Mais si, par défaut de soins, la suppuration devient sanieuse, il reste souvent alors, à la suite d'une perte de

substance, une oblitération, un rétrécissement, ou une destruction totale du canal lacrymal, et par conséquent un *Epiphora*; il peut encore en résulter une chute de la paupière supérieure, un *Entropion* (introversion de son bord), ou un *Ectropion* (éversion de la paupière même).

Traitement. On applique des compresses d'eau froide ou d'oxycrat tant que l'inflammation est locale; mais lorsqu'il existe déjà une fièvre inflammatoire, on doit mettre en usage des moyens antiphlogistiques généraux et locaux, proportionnés au degré de l'inflammation et à la constitution du malade. Lorsqu'on voit que la suppuration ne peut plus être évitée, on doit la favoriser et suivre les préceptes indiqués au chapitre de l'ophthalmie simple en général. Quand il se développe un abcès dans la paupière supérieure, il s'ouvre ordinairement de lui-même, et sans que la forme de la paupière doive par la suite en être altérée. Si l'abcès a son siége aux commissures ou dans l'épaisseur de la paupière inférieure, on doit, aussitôt qu'il existe, l'ouvrir au moyen d'une lancette, et en suivant la direction des fibres du muscle orbiculaire (naso-palpébral, Ch.). Cependant s'il existe déjà des fistules aux paupières, il faut, selon les préceptes de la chirurgie, tantôt pratiquer des contre-ouvertures, tantôt les élargir, selon l'urgence, soit avec le bistouri, soit en y introduisant des morceaux d'éponge préparée. Enfin la guérison doit être achevée par les injections et par la compression exercée autant que possible sur les plaies.

Lorsque les paupières sont frappées de gangrène, on prescrit un régime analeptique composé d'alimens de facile digestion; on recommande l'usage des toniques diffusibles unis aux toniques fixes, tels que le *calamus aromaticus*, les vins vieux, le quinquina, etc. On peut appliquer à l'extérieur des compresses imbibées de décoction d'écorce de saule ou de chêne, mêlée avec des liqueurs alcooliques, ou la préparation suivante de *Lefébure*.

℞ Ecorce de quinquina. . . . . . . ℥j.
Sel ammoniac purifié. . . . . . . ʒij.
Faites bouillir dans eau commune. . ℥viij.

Ajoutez à la liqueur filtrée :

Camphre. . . . . ℈ij.
Alcool rectifié . . . . ℥j.
Mêlez.

On peut ensuite panser la plaie avec du baume d'Arcœus; on tient les paupières constamment fermées et par conséquent tendues au moyen de bandelettes agglutinatives, pour que la cicatrice n'occasionne pas en se formant des rétractions, qui, lorsqu'elles sont considérables, entraînent nécessairement avec elles l'existence de l'*Ectropion*. Avec la suppuration, la perte de substance est remplacée par des bourgeons charnus, qui, s'ils sont assez abondans, peuvent être pansés avec un onguent composé d'un gros de laudanum liquide de Sydenham, et de trois gros d'onguent basilicum, afin d'obtenir une cicatrice aussi unie que possible (1).

(1) Depuis long-temps les chirurgiens français ont abandonné l'usage de cette foule d'onguens, dont les formules, plus ou moins compliquées, figuraient autrefois dans les pharmacopées. Ils se trouvent bien aujourd'hui de *panser à sec* dans la plupart des cas; seulement, lorsqu'ils craignent l'adhésion trop forte de la charpie avec les bords de la plaie, et par suite la déchirure de la cicatrice à chaque nouveau pansement, ils recouvrent les plumasseaux d'une très-légère couche de cérat, ou bien ils se servent de cette pommade pour enduire des bandelettes de linge fin, dont ils entourent les bords de la plaie. Lorsqu'ils croient avoir besoin de modifier l'état de celui-ci par quelques topiques, ils se bornent assez ordinairement à employer quelques légères décoctions appropriées à l'effet qu'ils désirent obtenir, et dont ils se servent pour laver la plaie à chaque pansement. (*N. d. T.*)

INFLAMMATION ÉRYSIPÉLATEUSE SIMPLE DES PAUPIÈRES.

Blepharophthalmitis erysipelatosa, œdema calidum palpebrarum.

Les deux paupières deviennent le siége d'une tuméfaction pâle, rouge-jaunâtre, luisante et comme translucide, qui s'étend avec rapidité et sans limites fixes, envahissant, en haut, jusqu'aux sourcils, et en bas, quelquefois plus de la moitié du visage; la rougeur disparaît momentanément sous la pression du doigt. Peu à peu cette tuméfaction se ramollit et devient œdémateuse vers les bords des paupières. La douleur n'est pas forte, elle n'est point pulsative, mais elle est plutôt brûlante, tensive, et devient lancinante au toucher. La chaleur n'a rien de bien extraordinaire. Les sécrétions et excrétions de l'œil, ainsi que la sécrétion du mucus des narines, sont considérablement augmentées.

Cette affection ne s'accompagne d'accidens généraux que par suite d'un mauvais traitement, et alors elle peut facilement se terminer par la gangrène.

Tels sont les signes qu'on observe pendant la première période. La seconde période commence lorsque, après l'augmentation de la rougeur et de la tuméfaction, et après la diminution de la chaleur et de la douleur, il s'établit une transsudation de lymphe visqueuse, qui se dessèche promptement au contact de l'air, et forme une croûte; ou bien lorsqu'il se manifeste, sur les parties affectées, des vésicules qui, en se rompant, laissent écouler une lymphe concrescible.

Les paupières sont de toutes les parties du corps celles où se développe le plus promptement une phlegmasie érysipélateuse, sous l'influence des causes propres à déterminer cette affection. Les plus fréquentes de ces causes sont l'impression subite d'un courant d'air froid, ou la suppression instantanée de la sueur. On la voit encore survenir à

la suite des piqûres d'abeilles, de guêpes et d'autres insectes, etc.

Chez les sujets sains et robustes, le pronostic de cette affection est très-favorable, car elle disparaît le plus souvent d'elle-même, sans arriver à la seconde période. Mais lorsque celle-ci est déclarée, on doit s'attendre à rencontrer chez les sujets faibles une grande disposition aux rechûtes. Si ces malades lavent avec de l'eau froide les croûtes qui se sont formées, il survient facilement un œdème froid des paupières, qui peut amener diverses difformités de l'œil. Lorsque c'est par simple négligence que l'inflammation érysipélateuse a dégénéré en une véritable blépharophthalmite, il ne se forme jamais d'abcès régulier, mais bientôt le pus se fraye une issue vers d'autres points à travers la peau, déjà partiellement désorganisée, et il s'ensuit ordinairement des ulcères malins et indolens qui peuvent amener différentes maladies consécutives.

Lorsque dans les phlegmasies érysipélateuses des paupières, provoquées par la piqûre d'insecte, le dard est resté dans la plaie, on voit fréquemment la gangrène, et même le sphacèle se déclarer de bonne heure.

Traitement. Des applications de sangsues sont quelquefois indiquées dans la première période; on doit alors les placer derrière les oreilles, et jamais sur les paupières elles-mêmes. Souvent, un vomitif administré au début, suffit pour faire disparaître la maladie; mais lorsque cette médication n'est pas indiquée, il peut être utile de prescrire un laxatif antiphlogistique d'une formule analogue à la suivante :

℞ Sulfate de magnésie.	
Pulpe de tamarins.	aa ℥ j ß.
Sirop de framboises.	

Mêlez et faites un électuaire, dont on fait prendre une forte cuillerée à café toutes les heures et demie. Lorsque la maladie suit une marche plus chronique, ou lorsqu'elle récidive, on

obtient souvent beaucoup d'avantage de l'administration du calomel, à la dose d'un ou deux grains, matin et soir. On doit éviter tous les topiques pendant la première période. Le malade doit être tenu dans un air pur, sec et tranquille, et astreint à un régime antiphlogistique convenable.

Mais durant la seconde période, on doit tenir sur les paupières des compresses sèches et chaudes, ou de petits sachets de plantes aromatiques (1), auxquelles on ajoute un peu de camphre pour les sujets débiles. Chez ces malades, on facilite encore la guérison par l'usage à l'intérieur des diaphorétiques, et même du camphre.

Si la maladie est négligée, on voit quelquefois survenir pendant cette période des phlyctènes sur les paupières; et lorsque celles-ci viennent à s'ouvrir, il s'en écoule une lymphe qui, se desséchant à l'air, forme des croûtes, sous lesquelles naissent des ulcères qui, par l'influence de soins mal dirigés, détruisent les parties environnantes, et donnent lieu à des pertes de substance de la peau. On prévient ces accidens en employant à une température tiède le collyre suivant, tout en continuant l'application des sachets secs et chauds :

℞ Pierre divine (2).	gr.	j à ij.
Eau de roses.	℥	iij à v.
Mucilage de gomme arabique.	ʒ	ij.
Acétate de plomb liquide. . .	gtt.	v à x.
Mêlez.		

Mais il y a un accident beaucoup plus fâcheux à redouter, c'est de voir l'inflammation érysipélateuse des paupières passer à l'état de suppuration, ce qui n'arrive le plus souvent que lorsque la maladie est tout-à-fait négligée; car, bien

(1) Telles que fleurs de camomille. } aa une partie.
id. de sureau. . . }
Farine de fèves. . . . . . deux parties.
Mêlez.

(2) Voyez sa préparation à la note de la page 59.

que ces suppurations soient toujours superficielles, il s'en forme quelquefois sur plusieurs points, d'où résultent par conséquent une destruction considérable du système cutané, des fusions et infiltrations de pus. Alors le raccourcissement de la peau des paupières, opéré par les cicatrices, est souvent suivi d'un ectropion. On prévient cela en ouvrant de bonne heure tout foyer de pus aussitôt qu'on s'aperçoit de sa formation, en renouvelant souvent les applications de compresses imbibées du collyre indiqué ci-dessus, auquel on ajoute un gros de laudanum liquide de Sydenham. Il est très-important de ne pas oublier que les paupières doivent être maintenues dans un état de tension jusqu'à la fin du traitement, afin d'empêcher la formation d'un ectropion qui s'effectuerait par le raccourcissement de la peau des paupières. Le meilleur moyen de prévenir ce fâcheux résultat consiste à les tenir fermées au moyen de fortes bandelettes agglutinatives.

Si la gangrène survient, elle se distingue dans ce cas de celle qui succède à la blépharophthalmite simple, par la rapidité de ses progrès, et par son siége, qui est borné à la peau extérieure des paupières. Du reste, le traitement est absolument le même.

INFLAMMATION SIMPLE DES GLANDES PALPÉBRALES.

Blepharophthalmitis glandulosa, Blepharoblennorhæa. (Βλέφαρον, *paupière, et* Βλεννοῤῥοια, *écoulement muqueux*). *Lippitudo* (Λήμη, *mucus oculaire*). *Inflammation purulente des paupières.*

Elle a encore reçu d'autres dénominations; car tantôt elle se manifeste chez les femmes âgées, et alors on la décrit sous le nom d'*ophthalmia vetularum* (1), tantôt on la désigne par des symptômes particuliers dont elle s'accompagne, et alors elle est appelée *ophthalmie séreuse*, lorsque les yeux

(1) Reil. (Memorabilia med. practica., vol. 1, fascicul. 1, p. 3 et autres.)

sont baignés de larmes; *ophthalmie sèche*, lorsque l'intensité de l'inflammation s'oppose à la sécrétion lacrymale, etc., etc. On l'a aussi confondue souvent avec des ophthalmies qui reconnaissent une cause spéciale, telle que l'ophthalmie psorique (*psorophthalmie*) (1), les ophthalmies scrophuleuses, etc.

Nous ne traiterons ici que de la blépharoblennorrhée simple, qui cependant, lorsqu'il existe quelque mauvaise prédisposition naturelle, se complique elle-même avec ces états dyscrasiques. Mais dans ce cas on ne peut plus lui appliquer le nom de blépharoblennorrhée simple; il faut au contraire la désigner par le nom de la maladie *dyscrasique*, celui de *blépharoblennorrhée scrophuleuse*, etc. Cette affection se manifeste de la manière suivante : les bords des paupières sont envahis par une tumeur sensible, vermeille, un peu dure, alternativement accompagnée d'un sentiment d'ardeur extrême, et d'une douleur semblable à un picotement qui se ferait sentir aux commissures, ou en même temps sur tout le bord des paupières. Cependant la sécrétion lacrymale est plus ou moins augmentée; les larmes sont âcres, rougissent et excorient les joues. A mesure que l'inflammation acquiert peu à peu une intensité plus considérable, elle s'étend sur la conjonctive du globe de l'œil; alors la sécrétion lacrymale cesse, et cet organe devient sec : les malades croient sentir des grains de sable sous les paupières; ils n'osent les mouvoir, retenus par la crainte de la douleur. Tel est le cours de la première période, mais elle s'écoule quelquefois si rapidement que le médecin ne la remarque même pas. La sécheresse, l'ustion et le picotement des yeux diminuent insensiblement; les glandes de Méibomius commencent de nouveau à sécréter, les paupières et les cils sont collés ensemble par le produit de cette sécrétion; la conjonctive palpébrale se gonfle, et se montre encore assez rouge; les commissures, et souvent le bord des paupières, sont excoriés dans

(1) Comme l'a fait Ware, l. c.

toute leur étendue; ce qui donne parfois à cette affection la plus grande ressemblance avec la psorophthalmie; en même temps, la sécrétion muqueuse devient de plus en plus abondante et puriforme. Enfin, trois ou quatre heures après les repas, lorsque la chylification s'est établie, les symptômes augmentent toujours de violence. Souvent les bords des paupières sont comme corrodés, déchirés et douloureux; enfin, si les malades sont abandonnés à eux-mêmes, les excoriations s'étendent de plus en plus.

Lorsque la sécrétion muqueuse est rétablie, certains malades, qui examinent tout avec attention, aperçoivent la flamme d'une bougie entourée d'une aréole, qui leur présente quelquefois les couleurs de l'arc-en-ciel, ce qui devient une cause de frayeur pour la plupart de ceux qui ont peu d'instruction. Ce phénomène est dû à une plus grande réfraction des rayons lumineux opérée par le mucus qui recouvre la cornée, et n'a aucun rapport avec l'appareil nerveux de l'organe de la vision. Un autre phénomène qu'on remarque dans la seconde période de cette inflammation, et dont personne que je sache, n'a encore parlé, consiste en ce que les malades, lorsqu'ils ouvrent brusquement les yeux à leur réveil, aperçoivent pendant quelques instans des ramifications arborescentes de couleur grise. Cet accident est également produit par la mucosité tenace qui, le matin, existe entre les paupières et le globe de l'œil; mucosité qui, lors de l'ouverture subite des paupières, recouvre la cornée en se distribuant à sa surface sous forme arborescente, mais est bientôt entraînée par les larmes. Le même accident peut être produit en appliquant l'une sur l'autre deux lames de verre enduites d'une couche de couleur demi-fluide ou de mucus épaissi, et en les séparant brusquement l'une de l'autre. Ces symptômes, quelque insignifians qu'ils soient en eux-mêmes, effrayent d'autant plus les malades, qu'ils peuvent coïncider avec un léger degré de diplopie dans les formes chroniques de cette inflammation, dont nous parlerons plus loin, et faire

craindre aux personnes peu instruites une amaurose commençante.

On faisait autrefois de cette exsudation chronique de fluide puriforme une maladie particulière, qu'on désignait sous le nom de *lippitudo*. Lorsqu'au contraire les commissures seules étaient affectées d'un écoulement semblable, on l'appelait *lippitudo angularis, lemositas*; et quand elles étaient le siége d'excoriations, on donnait à cet état le nom de *peribrosis*, *perivrasis*.

Il arrive souvent que, sous l'influence de circonstances favorables, la sécrétion muqueuse puriforme disparaît, les excoriations se cicatrisent, et il subsiste toujours une sécrétion trop abondante des glandes de Méibomius, sécrétion qui est susceptible de devenir facilement habituelle. Mais si par les secours de l'art ou par des circonstances fortuites elle vient à être supprimée, l'affection se termine par une sécrétion séreuse insolite.

Cette inflammation peut se présenter sous les degrés d'intensité les plus variés; l'espèce la plus faible survient et se dissipe souvent dans l'espace de quelques jours; on n'observe alors qu'une légère strie rouge à la face interne du bord palpébral, et tout au plus une augmentation peu considérable dans le nombre des vaisseaux sanguins qui rampent à la face interne de la paupière. Lorsque l'inflammation n'existe qu'à ce léger degré, les glandes de Méibomius ne secrètent que peu de mucosité; celle-ci est insuffisante pour coller entre elles les paupières pendant la nuit, et on ne la trouve le matin que vers l'angle interne des yeux. En général, le picotement, la sensation de grains de sable sous les paupières, et tous les autres symptômes indiqués sont très-peu prononcés; il n'en existe que de légers indices, qui disparaissent au bout de quelques jours sous l'influence d'un traitement convenable, mais qui, lorsque la maladie est négligée, peuvent s'accroître et dégénérer en une violente blépharophthalmie glanduleuse.

Plus l'inflammation a été intense, plus abondante se

montre ensuite la sécrétion muqueuse, qui, sous le rapport de sa qualité, se rapproche, du reste, davantage de la nature du mucus que de celle du pus. Cette sécrétion est quelquefois si copieuse, surtout chez les individus malpropres, d'un tempérament leucophlegmatique, qu'elle coule sur les joues; dans ce cas on peut dire qu'il y a une véritable blennorrhée des paupières. L'observateur impartial reconnaîtra facilement l'altération de nature éprouvée par ce mucus et par les larmes pendant cette maladie; altération qui est la cause des excoriations qui surviennent non-seulement aux bords des paupières, mais qui s'étendent même aux parties environnantes. Cependant ce n'est que par une négligence totale, une grande malpropreté et la longue durée de la maladie, que ces excoriations finissent par donner naissance à des pustules jaunâtres qui siégent principalement aux commissures des paupières. Ces pustules laissent après elles des plaies ulcérées qui sont fréquemment très-douloureuses, et saignent quelquefois quand le malade ouvre les paupières. Dans certains cas, la surface interne de la paupière est tellement garnie de ces pustules jaunes et ulcérées, qu'elle offre un aspect comparable à celui d'une figue récemment ouverte, particularité qui a fait donner à cet état le nom de *sycosis* ou de *palpebra ficosa*. Cependant la maladie ne peut ainsi s'aggraver que par une extrême négligence; souvent même celle-ci ne suffit pour produire cet effet que dans les cas de complication ou de prédominance de certaines diathèses. Il peut en résulter alors l'oblitération des points lacrymaux, circonstance qui entraîne avec elle l'existence d'un épiphora incurable. Des ectropions sarcomateux peuvent aussi en être la conséquence, et si les ulcères attaquent le cartilage tarse, il éprouve une sorte de racornissement. Le clignottement spasmodique et fréquent des paupières qu'on observe dans ces cas, occasione quelquefois un alongement de la peau qui les recouvre et par suite un entropion. J'ai fréquemment vu la blépharophthalmite glanduleuse négligée causer chez le même

sujet un ectropion d'un côté et un entropion de l'autre.

Enfin chez les habitans des grandes villes, et surtout chez les personnes blondes, d'une constitution molle et irritable, dont la peau est fine et délicate, cette affection peut aboutir à une forme chronique légère, mais rebelle, surtout lorsque la maladie primitive a été négligée. Cette forme chronique se manifeste, soit par une légère rougeur de la face interne du bord de la paupière, qui s'étend et devient plus visible à l'extérieur sous l'influence d'un air froid ou chargé d'émanations irritantes, ou le matin, immédiatement après le réveil. A cette époque on trouve le plus souvent, seulement à l'angle interne des paupières, une petite quantité de mucus desséché. La maladie peut aussi se présenter avec les caractères d'une inflammation bornée aux glandes de Méibomius. Dans ce dernier cas, le bord extérieur des paupières est presque la seule partie qui offre, le matin et quelquefois même dans le cours de la journée, une teinte de vermillon pâle, tandis qu'on voit sur le point d'insertion de chaque cil une parcelle de mucus desséché, du volume et de la couleur d'un grain de sable. Ces deux formes chroniques de blépharophthalmite glanduleuse s'exaspèrent ordinairement sous l'influence d'un corysa ou de toute autre irritation de l'œil.

Cette maladie se montre chez les personnes qui vivent dans un air infect et putride ; elle affecte tous les âges et tous les sexes, mais elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Les travaux immodérés qui exigent de l'œil une attention soutenue, surtout à une lumière artificielle, occasionent fréquemment cette affection ; mais la cause la plus ordinaire en est toujours dans l'impureté permanente de l'atmosphère, qui est constamment plus ou moins chargée de poussière et d'autres corps étrangers, surtout dans les grandes villes. C'est pour cette raison que cette maladie se montre aussi plus fréquemment dans les cités populeuses, et qu'elle sévit de préférence sur les classes d'hommes qui sont forcés de s'exposer

journellement à l'action de cette cause. On voit pourquoi elle attaque plus particulièrement les tanneurs, les cochers, les boulangers, les bouchers, et en général les personnes qui, par leur profession. sont exposées à être continuellement sur les grandes routes, dans les jardins, etc., ou qui habitent des appartemens étroits, continuellement obscurcis par des nuées de fumée de tabac, où dont le plancher est habituellement sablé. Les affections abdominales peuvent également donner lieu à cette maladie; aussi on la voit quelquefois accompagner des constipations habituelles, les hémorrhoïdes, et se montrer surtout à la suite des écarts de régime. Il n'est pas rare de rencontrer l'inflammation des glandes des paupières chez les sujets qui mangent beaucoup de viande de porc ou de gibier aquatique, chez ceux qui se nourrissent habituellement d'alimens salés, acides ou acres, et qui boivent beaucoup de vin et d'eau-de-vie; mais on voit constamment que les personnes blondes et affectées de tache de rousseur, celles qui ont la peau blanche, fine, délicate, et en quelque sorte demi-translucide, éprouvent plus facilement cette affection et d'une manière plus opiniâtre, toutes choses d'ailleurs étant égales, que les sujets bruns, musculeux et robustes.

Le *pronostic* est favorable tant que l'inflammation en est encore à sa première période et n'est pas trop intense. Cette phlegmasie ne dégénère pas en affection générale lorsqu'elle est simple, à moins qu'un traitement mal dirigé n'occasione une inflammation de toute la paupière.

Lorsqu'il existe déjà un écoulement de mucus puriforme, on voit facilement survenir un *trichiasis*, et lorsque les bords des paupières sont affectés d'excoriations considérables, un *anchyloblépharon partiel*. Si les excoriations existent principalement aux commissures, il s'ensuit fréquemment une éversion de la paupière inférieure, qui, se manifestant le plus souvent chez les vieillards dont les tissus sont plus relâchés, a reçu le nom d'*ectropion senile*. D'un autre côté, si

l'écoulement muqueux des paupières est très-abondant, et que l'emploi de pommades et de collyres, trop froids ou trop astringens, vienne à le supprimer tout à coup, il en peut résulter une faiblesse permanente de la vue, particulièrement chez les sujets très-sensibles. Trouve-t-on encore la maladie à sa première période, on peut souvent la détruire à sa naissance par l'application de compresses imbibées d'eau froide ou d'oxycrat étendu. Il faut du reste, autant que possible, éloigner les causes de la maladie.

Mais aussitôt que la sécrétion des mucosités commence, ce qui indique l'invasion de la seconde période, on doit soigneusement éviter les applications des topiques froids. Au commencement de la seconde période, et lorsque la maladie est légère, on peut faire usage, quatre ou cinq fois par jour, du collyre suivant :

℞ Extrait aqueux d'opium.	gr.	j à ij.
Eau de roses.	℥	iv.
Mucilage de gomme arabique. . .	ʒ	iij.
Mêlez.		

Ou si on veut faire tarir plus vite la sécrétion muqueuse, on peut laver les yeux, quatre fois par jour, avec le mélange suivant :

℞ Acéate de plomb liquide. . . .	gtt.	viij à xv.
Eau d'opium pur (1).	ʒ	j.
Eau de roses.	℥	iij.
Mucilage de gomme arabique. .	ʒ	ij.

Pour les personnes blondes, sensibles, sujettes aux récidives, et chez qui l'inflammation passe en général facilement à l'état très-chronique, il est bon de joindre au dernier collyre un à deux grains de sulfate de zinc, car, quoique

(1) Voyez la formule p. 38, en note.

ce mélange soit tout-à-fait irrationnel chimiquement parlant, il produit néanmoins d'excellens effets.

Lorsque la maladie est plus considérable, on peut augmenter la portion de l'acétate de plomb relativement aux autres substances, ou bien on peut se servir du collyre suivant :

℞ Vert de gris purifié. . . . . gr. j.
Eau de roses. . . . . ℥ iv à v.
Acétate de plomb liquide. . . . . . . gtt. x.
Laudanum liquide de Sydenham. . ℈ j.
Mucilage de gomme arabique. . . . ʒ ij.
Mêlez.

On peut substituer au vert de gris deux grains de pierre divine. Les malades se trouvent encore très-bien d'une dissolution faible d'alun cristallisé mêlée avec du mucilage. Si l'affection dure depuis long-temps, ou si le malade offre une diathèse scrophuleuse, alors les dissolutions de sublimé étendues, auxquelles on ajoute du laudanum liquide de Sydenham, produisent de bons effets. On peut employer la formule suivante :

℞ Perchlorure de mercure. . . . . . . gr. ß.
Eau de roses. . . . . ℥ iv.
Laudanum liquide de Sydenham. . ℈ j à ij.
Mucilage de gomme arabique. . . . ʒ j à ij.
Mêlez.

Lorsque dans une blépharoblennorrhée vraie, la face interne des paupières est tuméfiée et offre un aspect velouté, il convient d'y employer d'abord, et aussi long-temps que la sécrétion muqueuse continue à être abondante, un collyre simple, composé ainsi qu'il suit :

℞ Laudanum liquide. . . . . ʒ j.
Eau de roses. . . . . ℥ iv à v.
Mucilage de gomme arabique. . . . ʒ ij.
Mêlez.

Ce n'est que plus tard, lorsque la sécrétion muqueuse trop considérable est diminuée, que l'on passe à l'usage des collyres styptiques indiqués. Il est encore utile de recouvrir les yeux avec des compresses sèches et chaudes ; plus tard on peut les remplacer par des sachets d'herbes aromatiques desséchées.

Lorsqu'on a à traiter une *blépharophthalmite glanduleuse* chronique plus légère, dans laquelle l'inflammation semble se borner aux glandes de Méibomius, et où l'on remarque des granulations de mucosité endurcie aux points d'insertion des cils, on se trouve bien de l'usage des deux pommades dont nous allons donner la formule. On emploie la première jusqu'à ce que les granulations muqueuses aient entièrement ou presque entièrement disparu; on fait ensuite usage de la seconde pour enlever la rougeur restante, qui est d'une teinte rose ou vermeille ; mais on ne réussit souvent dans cette dernière tentative qu'en ayant recours aux moyens généraux dont nous parlerons plus loin.

I. ℞ Deutoxide de mercure. } aa gr. j ß.
Extrait d'opium. . . . }
Axonge. . . . . ℥ j.
Mêlez très-exactement.

II. ℞ Deutoxide de mercure. . }
Extrait d'opium. . . . } aa gr. j ß.
Bol d'Arménie. . . . }
Protoxide de zinc. . . . gr. iv.
Axonge. . . . . ℥ j.
Broyez et mêlez exactement.

On prend de l'une ou de l'autre pommade une quantité égale au volume d'une tête d'épingle, on l'étend, le soir en se couchant, sur le bord des paupières, ou plutôt on l'y fait entrer en frottant légèrement.

S'il existe déjà des excoriations, ou si la maladie est invé-

térée, on se sert alors de la pommade ophthalmique de Janin, qui est ainsi composée :

℞ Axonge.	℥ ß.	
Tutie préparée.	aa ʒ ij.	
Bol d'Arménie.		
Précipité blanc.	ʒ j.	

Triturez et mêlez exactement.

Il faut néanmoins faire remarquer ici que son usage doit être modifié suivant les individus; car si l'œil se trouve déjà dans un état d'irritation, et si le sujet qu'on traite est doué d'une grande sensibilité, on doit diminuer de beaucoup la proportion du mercure et des substances astringentes. Or, comme on a trouvé (1) que le *bol blanc* est celui qui cause le moins d'irritation, et le bol d'Arménie celui qui en cause le plus, il est bon, indépendamment d'une diminution dans la dose du précipité blanc, de n'employer au commencement, et chez les sujets jeunes et irritables, que le *bol blanc* au lieu du bol d'Arménie, et de ne faire appliquer sur la paupière qu'une quantité de cette pommade égale au volume d'une lentille, et une fois seulement par jour. Il suffit chez ces malades, d'un mélange d'axonge ℥ ß, bol blanc ℈ iv, et précipité blanc ʒ ß.

Les personnes âgées, douées d'une moindre sensibilité, supportent très-bien les proportions ordinaires de la *pommade de Janin*. On trouve cependant des individus qui ne peuvent supporter l'application locale du mercure, ou chez qui les pommades ne produisent aucun bon effet. Il faut, dans ce cas, avoir recours à la pierre divine de *Saint-Yves* (2). L'emploi de ce médicament exige aussi plusieurs précautions. Plus l'œil est sensible, plus la maladie a duré long-temps,

(1) L'immortel ADAM SCHMIDT a traité de tout cela plus longuement et d'une manière supérieure dans la *Bibliothèque ophthalmique*, vol. III, cahier 1, p. 63, publiée par lui et l'estimable professeur HIMLY.

(2) Voyez la formule à la note de la p. 59.

et moins on doit faire dissoudre de cette pierre dans une quantité d'eau déterminée. Il suffit, au commencement, de dix à quinze grains dans six, huit ou dix onces d'eau, mêlée avec une drachme d'alcool; peu à peu on élève la dose jusqu'à trente grains dans six ou dix onces d'eau contenant de l'alcool camphré. Ce mélange doit être appliqué tiède au moyen d'une éponge fine qu'on tient pendant quelque temps sur l'œil, de façon que le fluide en y pénétrant y produise une sensation brûlante. On répète cette opération trois à quatre fois par jour, et un peu moins lorsque la maladie est sur son déclin. Du reste, on ne doit jamais laisser les collyres se refroidir sur l'œil.

Si les ligamens interpalpébraux sont corrodés chez des sujets avancés en âge, un bon moyen de nettoyer et de guérir les plaies ulcérées, consiste à y appliquer de la charpie imbibée d'une décoction d'écorce de saule et de rhubarbe.

Quelquefois, lorsque par l'influence continuelle des causes irritantes, les excoriations des bords des paupières s'étendent davantage, particulièrement chez des personnes âgées, peu sensibles, et d'une constitution molle; lorsqu'elles dégénèrent en ulcères plus ou moins étendus qui se montrent rebelles à toutes les médications que nous avons indiquées, on doit employer l'onguent citrin de la pharmacopée de Londres (1), préconisé par James-Ware (2), et dans les cas extrêmes, on peut même avoir recours à l'application du nitrate d'argent, recommandé par Saint-Yves. Néanmoins l'usage de ce médicament exige beaucoup de précautions.

(1) Voici sa préparation :

℞ Mercure purifié. . . . . ℥ j.
Acide nitrique. . . . . ℥ ij.

Placez sur un bain de sable jusqu'à ce que la dissolution soit achevée, et mêlez celle-ci encore chaude avec une livre d'axonge en fusion; agitez ensuite vivement dans un mortier de marbre jusqu'à consistance d'onguent. On en étend sur le bord des paupières le soir en se couchant.

(2) L. c., v. I, p. 87.

Cependant ces cas rebelles n'appartiennent pas ordinairement à la catégorie de la *blépharoblennorrhée* simple, parce qu'ils se manifestent, pour la plupart, à la suite de différentes maladies dyscrasiques (accompagnées d'une mauvaise disposition).

Quoique la blépharophthalmite simple, peu intense, n'exige pas à la rigueur l'emploi de médications internes ou générales, cependant elles sont d'une grande utilité dans les cas plus graves, ou chez les sujets dyscrasiques, et lorsque cette affection est très-chronique. Quand les paupières sont le siége d'une sécrétion muqueuse très-abondante, ou même chronique, on ne doit jamais prescrire l'usage des pommades et des collyres astringens avant d'avoir opéré une dérivation puissante sur le canal intestinal; car, bien qu'on parvienne souvent à arrêter promptement l'écoulement muqueux par ces moyens, il s'ensuit quelquefois une véritable faiblesse de la vue, qu'on ne parvient à dissiper qu'en établissant de bonne heure à la peau un point d'irritation entre l'apophyse mastoïde et l'angle de la mâchoire inférieure. Le meilleur moyen pour agir sur le tube digestif consiste dans l'administration de fortes doses de calomel uni à la racine de jalap; le premier à la dose de cinq à dix grains, le second à celle d'un scrupule à un demi-gros; dans les cas très-rebelles, et dans la blépharoblennorrhée, on peut faire prendre, soir et matin, une dose de calomel, d'un à deux grains environ; lorsque l'écoulement muqueux est très-considérable, que le sujet est mal nourri, et d'une constitution molle, on se trouve bien de l'administration de la racine de valériane, de *calamus aromaticus*, etc. Du reste, les laxatifs légers, tels que le sulfate de magnésie, ou l'électuaire de séné, etc., sont fort utiles dans la plupart des cas.

Si la maladie est entretenue par quelque dyscrasie (mauvaise disposition), il convient aussi d'opérer la révulsion par une stimulation exercée sur la peau. Ce moyen a été blâmé par quelques médecins, qui croient avoir remarqué qu'il laisse

après lui une grande disposition aux récidives; cependant, je ne puis partager cette opinion.

Enfin, les bains généraux tièdes ne doivent pas être négligés, leur usage semble surtout produire de bons effets dans les cas de rougeur chronique des bords des paupières.

OPHTHALMIE DES NOUVEAU-NÉS.

Ophthalmia neonatorum, Ophthalmia purulenta; Oculus purulentus; Purulent ophthalmia of infants, suivant WARE (1); *Blépharoblennorrhée*; *Ophthalmoblennorrhée*, suivant ADAM SCHMIDT; elle est aussi connue sous le nom d'*Ophthalmia puriformis*; *Lippitudo neonatorum* (2).

Symptômes. Cette maladie, souvent si désastreuse, commence trois, six, huit, quinze jours, et même plus tard, après la naissance de l'enfant (3) : la crainte de la lumière, une rougeur légère de la *conjonctive palpébrale*, surtout vers la commissure interne (4), un picotement des paupières; tels sont les symptômes qui la caractérisent; ces dernières se chargent d'une mucosité comme limoneuse, qui se durcit et les colle ensemble; si on les ouvre en ce moment, des larmes s'échappent brusquement. En même temps la conjonctive palpébrale est plus ou moins tuméfiée, molle, lisse, un peu élastique, et saigne facilement.

La crainte de la lumière et la sécrétion muqueuse vont toujours croissant; le mucus prend un aspect puriforme, plus

(1) SAUNDERS fait remarquer avec raison l'inexactitude de l'épithète *purulent*, qu'il remplace par celle de *puriform*.

(2) Cette inflammation est regardée ici comme une variété de la blépharoblennorrhée, et peut tout aussi-bien être spéciale que simple.

(3) WALTHER, l. c., p. 447, etc.

(4) A treatise on some practical points relating to the diseases of the eye, by the late JOHN CUNNINGHAM SAUNDERS. London, 1816; p. 37.

épais et jaunâtre; la tuméfaction de la conjonctive des paupières, et particulièrement de la paupière supérieure, devient, ainsi que la rougeur, beaucoup plus intense, et, selon l'expression de SAUNDERS, elles lui donnent l'aspect d'un estomac de fœtus très-finement injecté; l'épiderme de la paupière supérieure est également frappé d'une rougeur tirant sur le livide, lorsque les enfans exécutent quelques mouvemens, s'étendent, ou poussent des cris; en même temps le globe de l'œil est poussé en avant par les muscles qui le font mouvoir. A cette époque, si les paupières sont collées ensemble, et qu'on les ouvre après en avoir ramolli le mucus avec de l'eau tiède, on voit s'en écouler, selon que la maladie est plus ou moins violente, une quantité variable de mucosité tantôt blanchâtre, tantôt d'un jaune-verdâtre, par fois mêlée de stries sanguinolentes, ou même d'une sanie semblable à du sérum. Cette mucosité est quelquefois tellement abondante, qu'elle se répand sur toute la joue; souvent alors le globe de l'œil en est couvert, au point qu'il est impossible d'en distinguer les différentes parties. En nettoyant sa surface, autant que possible, on trouve, lorsqu'il n'existe qu'une *blépharoblennorrhée*, que la conjonctive qui recouvre le globe oculaire n'offre qu'une légère rougeur, tandis que celle des paupières est d'un rouge intense, gonflée et baignée de mucosités. Mais lorsque la phlegmasie a été plus violente, et qu'il existe en même temps une *ophthalmoblennorrhée*, la conjonctive du globe oculaire se montre également très-rouge et tuméfiée, au point qu'elle recouvre presque entièrement la cornée dont on n'aperçoit plus guère que le centre. Si, pendant qu'on examine l'œil, les enfans poussent des cris, et cherchent à fermer les paupières, il arrive assez souvent que la paupière supérieure fortement tuméfiée, et comme sarcomateuse en ce moment, se renverse et laisse un *ectropion* qui persiste, si on ne la rétablit à l'instant par le procédé que nous indiquerons plus bas.

La sécrétion de ce mucus puriforme, venant alors à cesser

peu à peu, on voit de nouveau apparaître une simple mucosité, comme au début de la maladie, et celle-ci n'offre verssa fin qu'un simple écoulement de larmes. Si l'action morbifique s'est étendue plus loin, sans cependant pénétrer profondément, il ne reste souvent, après la maladie, qu'un obscurcissement de la *cornée* qui, par la suite, disparaît quelquefois spontanément.

Mais lorsque l'inflammation a été très-forte, et la sécrétion du mucus puriforme très-abondante, la cornée se boursoufle, ses feuillets s'écartent les uns des autres, et il en résulte une sorte de caverne contenant du pus qui finit par s'ouvrir dans son milieu, soit rapidement et avec beaucoup de douleurs, soit lentement et sans douleurs, jusqu'à ce que l'humeur aqueuse s'étant entièrement écoulée, l'*iris* finit par se présenter à l'ouverture. Si la perforation de la cornée continue à s'agrandir, le crystallin même peut s'échapper avec une partie plus ou moins grande du corps vitré, et entraîner la destruction complète de ce dernier. Mais les effets de cette maladie ne se bornent pas toujours à l'organe de la vue; car il arrive souvent que la nutrition ne s'opère pas, les enfans tombent dans un état d'émaciation et d'atrophie, lors même que la maladie n'a pas atteint ce degré de violence,et n'a pas opéré des désordres locauxaussi considérables.

Quand la cornée est dans un état de flaccidité, et qu'elle est le siége d'ulcérations qui, devenant de plus en plus profondes, finissent par détruire en plusieurs points jusqu'à la dernière lame de cette membrane, l'*iris*, après l'écoulement de l'*humeur aqueuse*, sort par les ouvertures qui résultent de l'ulcération, et représente une sorte de staphylôme qu'on a comparé à une grappe de raisin, *staphyloma racemosum.*

Lorsqu'au commencement l'affection n'intéresse que l'un des deux yeux, elle ne tarde pas à affecter l'autre également. Dans la simple blépharoblennorrhée, comme dans l'ophthalmoblennorrhée, on voit quelquefois survenir, avant l'augmentation de la sécrétion du mucus puriforme, une hémorrhagie

6.

assez considérable à la surface de l'œil; hémorrhagie qui souvent reparaît jusqu'à deux ou trois fois, et qui est d'un bon augure, lorsque le sang qu'elle fournit offre l'aspect normal, parce qu'alors elle indique, pour l'avenir, une sécrétion de mucus puriforme moins abondante et moins destructive. On peut aussi dans ce cas s'attendre à voir bientôt diminuer la tuméfaction des parties affectées.

Étiologie. Les sujets jeunes, débiles, à peine venus à terme, les jumeaux, les trijumeaux, les enfans nourris dans les hospices ou dans les maisons publiques d'accouchement, ceux qui sont élevés dans les habitations humides, sont les victimes les plus ordinaires de cette maladie. Les enfans nés de mères affectées de leucorrhée au moment de l'accouchement sont aussi sujets à cette phlegmasie. Lorsque l'écoulement leucorrhoïque de la mère reconnaissait une cause vénérienne, l'affection de l'enfant acquiert communément une intensité extraordinaire. Les observations de tous les médecins qui font autorité, comme Ph. Fr. Walther, Adam Schmidt, Scarpa, etc., s'accordent sur ce point. De même les enfans mal nourris ou d'une constitution scrophuleuse, qui sont exposés, immédiatement après la naissance, à l'influence du froid ou d'un courant d'air, ou à l'impression d'une lumière trop vive; ceux qui dans la convalescence d'une rougeole ou d'une scarlatine ont reçu l'impression du froid, sont aussi plus sujets à cette maladie.

La *blépharoblennorrhée* et l'*ophthalmoblennorrhée* ne sont pas rares non plus chez les adultes des deux sexes, d'une faible constitution, qui vivent au milieu d'un air corrompu et ne prennent qu'une mauvaise nourriture. Mais dans ce cas, elle n'a jamais une marche aussi rapide et aussi désastreuse que chez les nouveau-nés; en général, elle se modifie singulièrement, suivant les sujets qui en sont affectés.

Pronostic. Lorsque la maladie n'est qu'une *blépharoblennorrhée*, le pronostic est assez favorable; car si l'inflammation laisse des suites, celles-ci se bornent à l'obscurcissement de

la cornée, affection qui peut se guérir ou disparaître d'elle-même, ou bien encore quelquefois à un *ectropion* de la paupière supérieure.

Mais quand il est survenu une *ophthalmoblennorrhée* et que la cornée n'a été perforée qu'en un petit point, il s'établit facilement une adhérence partielle de l'iris avec cette membrane (*synechia anterior*), et de plus une cicatrice plus ou moins étendue, souvent avec perte complète de la vue. On observe quelquefois dans ces cas, avec ou sans synéchie antérieure, une cataracte centrale dont il n'est pas facile d'expliquer ici la formation. Lorsque pendant la durée de l'inflammation l'iris a contracté, en grande partie ou dans toute son étendue, une adhérence avec la cornée, sans que celle-ci soit perforée, il se forme, dans le premier cas, un staphylôme partiel; dans le second, un staphylôme complet de la cornée. Cependant s'il y a atrophie et destruction complète du globe de l'œil, il reste à sa place une petite tumeur informe et blanchâtre; les paupières tombent en dedans et se ferment pour toujours.

Traitement. Lorsqu'on est appelé au début de l'inflammation (ce qui arrive rarement), il faut toujours commencer par un traitement antiphlogistique dont l'énergie doit être proportionnée à l'intensité de la maladie et à la constitution du sujet. Ainsi on applique une sangsue à la commissure interne des paupières, au-dessus du sac lacrymal. Quelquefois la phlegmasie disparaît sans qu'on ait eu besoin de recourir à ce moyen, et seulement par l'application de compresses trempées dans l'eau froide (1).

(1) Feu le docteur Saunders, oculiste anglais, l'un des auteurs qui ont le plus récemment écrit sur ce sujet, était plus hardi dans l'emploi de la méthode antiphlogistique; il appliquait des sangsues autour de l'œil et les laissait saigner jusqu'à ce que l'enfant devînt pâle, en sorte que cette saignée locale faisait en même temps l'office d'une saignée générale. Au bout de vingt-quatre heures le danger était beaucoup diminué; après quoi il recourait à l'application locale de légers astringens. Cet auteur rejette les scarifications de la conjonctive, conseillées

On doit en même temps éloigner toutes les causes de la maladie. Le meilleur aliment pour le petit malade sera un lait de bonne qualité donné par sa mère ou par une nourrice. Dans les cas d'embarras du canal intestinal, comme le défaut d'évacuation du méconium, etc., on prescrit un léger laxatif (1). Lorsque la sécrétion muqueuse augmente et devient puriforme, on doit débarrasser l'œil de l'excès des mucosités qui le recouvrent, en le lavant fréquemment, ou en y faisant des injections d'un collyre tiède (2) à l'aide de la seringue d'Anel;

par Ware, et après lui par Reil, etc., dans la crainte d'affecter trop douloureusement un organe aussi délicat et aussi irritable, et parce que l'évacuation de sang qui en résulterait serait trop peu abondante.

(1) La plupart des médecins emploient dans ce cas un mélange de magnésie et de rhubarbe sous forme d'électuaire. Beer et d'autres recommandent au commencement de la maladie l'administration d'un purgatif énergique composé de calomel et de jalap. Saunders donne de la rhubarbe avec le calomélas lorsque la magnésie unie à la rhubarbe lui paraît agir trop faiblement.

(2) Il faut faire usage à cet effet de la solution recommandée par Saunders, et composée d'un grain de sulfate de zinc dans une once d'eau distillée, à quoi on peut ajouter un peu de mucilage de coing. On peut encore employer avec avantage la mixture suivante conseillée par Ad. Schmidt (*Bibl. ophthalmol.* de *Himly* et *Ad. Schmidt*, vol. III, cah. 2, p. 107):

℞ Eau distillée. . . . . ℥ x.
Sulfate de zinc. . . . . ℈ j.
Acétate de plomb. . . . . ʒ ß.
Eau-de-vie camphrée. . . . . . ʒ ij.
Mêlez.

On lave l'œil avec ce mélange trois ou quatre fois dans la journée. Lorsque la sécrétion muqueuse est tellement abondante qu'on est obligé de répéter cette opération toutes les deux ou trois heures, il faut diminuer au moins de la moitié les proportions, par rapport à l'eau, des substances qui entrent dans la composition de ce collyre. Il faut au contraire le rendre plus actif lorsqu'on traite des enfans plus âgés ou

après quoi l'œil doit être essuyé avec un linge chaud, et recouvert ensuite d'une compresse frottée avec du camphre ou d'un petit sachet d'herbes aromatiques.

Une fois la suppuration établie, si des ulcérations se montrent sur la cornée, il est extrêmement utile de faire sur l'œil malade une ou deux fois par jour des fomentations avec le laudanum de Sydenham (1). Lorsque, par ce traitement, l'écoulement du mucus puriforme diminue de plus en plus, et qu'on voit cependant encore s'écouler beaucoup de mucosité ténue d'une couleur blanchâtre; ou bien lorsque la conjonctive offre un aspect comme granuleux, on se trouve bien de l'emploi des pommades mercurielles usitées en pa-

même des sujets adultes. J'ai l'habitude de ne point ajouter d'eau-de-vie camphrée à ce collyre, au moins dans le principe, parce qu'elle n'agit pas toujours ici d'une manière avantageuse, comme je m'en suis convaincu plus d'une fois; je ne l'emploie, et avec précaution, que lorsque je connais bien le degré d'irritabilité de l'œil malade.

(1) Ware, Schmidt, Reil, Scarpa, et autres, emploient au lieu de laudanum liquide la liqueur de Bate, qui, étant fort astringente, arrête promptement l'écoulement muqueux : elle se compose de la manière suivante :

℞ Sulfate de cuivre. . . . . . . } aa ℥ iv.
Bol d'Arménie. . . . . }
Camphre. . . . . ℥ j.
Pulvérisez et mêlez.

Sur une once de ce mélange on jette quatre livres d'eau bouillante, on le retire ensuite du feu et on le laisse clarifier. Pour l'usage, on prend une drachme de cette dissolution, qu'on étend de deux onces d'eau commune. Beer prétend cependant n'avoir vu obtenir aucun succès par ce collyre. Saunders n'employa jamais pour l'ophthalmie des nouveau-nés des astringens plus forts que la dissolution de zinc indiquée, ou une solution de deux à six grains d'alun sur une once d'eau distillée. Ces deux topiques lui suffisaient toujours, et la maladie guérissait ordinairement dans l'espace de quatorze jours à trois semaines. Les astringens plus actifs, dit-il, augmentent souvent l'écoulement muqueux et renouvellent l'inflammation. (V. l., c., p. 49.)

reils cas (1), avec ou sans styptiques, en interrompant l'application des collyres pendant leur usage; alors la maladie cède fréquemment en peu de jours. Les obscurcissemens légers de la cornée qui subsistent après la cessation de l'inflammation disparaissent souvent d'elles-mêmes, comme nous l'avons déjà dit : on peut toutefois accélérer leur disparition en employant avec prudence la pommade de Janin.

On doit n'ouvrir l'œil que le plus rarement possible, et toujours avec la plus grande précaution, afin d'éviter la formation d'un ectropion, et on ne doit jamais le faire dans le moment où les enfans ont des pandiculations, bâillent ou poussent des cris. Mais lorsque l'ectropion est formé, on doit s'empresser de réduire aussitôt la paupière, en procédant de la manière suivante, d'après le précepte de Schmidt. Après avoir enduit le bout de l'index et du pouce de chaque main avec du beurre frais *non salé*, on saisit avec ces doigts le tarse aux commissures interne et externe; on le soulève doucement un peu en haut, et on le rabaisse aussitôt. Lorsque la tuméfaction de la *conjonctive* est étendue, solide et granuleuse, il faut, pour parvenir à opérer cette réduction, appuyer fortement les deux pouces sur cette partie ainsi tuméfiée, surtout vers le milieu de la paupière. Si ce moyen ne réussit pas, on doit attendre la terminaison de l'ophthalmie, et traiter alors l'ectropion comme une maladie consécutive.

Voilà pour ce qui concerne les moyens locaux : quant au traitement général pendant la période blennorrhoïque de la maladie, il faut administrer le *calamus aromaticus*, ou le *quinquina* uni à l'éther sulfurique ou acétique et à l'opium, dans le cas où la sécrétion du mucus puriforme menace d'épuiser le malade. On a employé avec succès, chez les enfans, un mois après la naissance, six grains d'extrait de quinquina,

(1) Par ex. la pommade de Janin, ou des mixtures simples de graisse et de mercure précipité rouge ou deutoxide de mercure, etc.

mélangés avec leur bouillie, qu'on faisait prendre toutes les quatre heures.

J'ai eu à soigner, depuis six ans, environ deux cents enfans affectés de cette maladie; je vais exposer en peu de mots le traitement que j'ai suivi, et qui, jusqu'à ce moment, a été couronné d'un succès aussi prompt que possible, car je suis toujours parvenu en huit jours au plus, à éloigner le danger le plus pressant, à moins que la cornée ne fût déjà détruite par la suppuration, ou qu'un ulcère considérable ne fût sur le point de perforer cette membrane. Quant à l'extinction totale de la phlegmasie, on ne parvient guère à l'obtenir qu'au bout de trois ou quatre semaines. Si je suis appelé pendant que l'affection en est encore à sa première période, ce qui n'arrive pas souvent, je fais rarement appliquer une sangsue, même chez les enfans robustes; mais j'ordonne un purgatif composé d'un grain à un grain et demi de calomel, de racine de rhubarbe, de carbonate de magnésie et de sucre, de chacun dix à douze grains. En même temps je fais appliquer continuellement de l'eau froide sur l'œil. Je dois cependant avouer que je n'ai pas souvent eu occasion d'appliquer soit des sangsues, soit de l'eau froide, parce que j'ai rarement trouvé la maladie a sa première période; mais j'ai toujours débuté par le purgatif dont je viens de parler. Lorsque la sécrétion muqueuse est déjà établie, et qu'il n'y a ni ulcères au globe de l'œil, ni d'autres désorganisations, j'emploie un collyre tiède, ainsi composé :

℞ Sulfate de zinc.	gr.	ij à v.
Eau de roses.	℥	vj à viij.
Mucilage de gomme arabique. .	℥	ß.
Mêlez.		

Tout le succès dépend de l'emploi de ce dernier moyen. Voici la manière dont je m'en sers : Après avoir humecté les paupières, pour faciliter leur décollement, à l'aide d'un linge fin, trempé dans de l'eau tiède, et après les avoir écartées avec

beaucoup de précaution, je cherche à essuyer doucement tout le mucus puriforme qui se trouve entre les paupières et sur le globe de l'œil. On ne saurait mettre assez de temps et de précaution à cette opération. La mucosité étant enlevée autant que possible, j'instille entre les paupières quelques gouttes du collyre qui vient d'être indiqué; je les fais mouvoir de manière à les ouvrir et les fermer alternativement; après cette manœuvre une nouvelle quantité du mucus se montre le long de la fente palpébrale; on l'enlève encore au moyen du linge fin trempé dans de l'eau chaude. On introduit ainsi, et à plusieurs reprises, quelques gouttes du collyre entre les paupières, en éloignant chaque fois la mucosité qui s'est de nouveau amassée. Il importe beaucoup que cette dernière soit enlevée aussi complètement que possible, car c'est elle qui, exerçant une action caustique sur le globe de l'œil, produit les ulcères qui perforent la cornée, et contribuent essentiellement à la destruction de la vision. Les parens de l'enfant, instruits dans cette opération, la répètent, plus ou moins fréquemment, selon l'intensité de la blennorrhée, six, huit et dix fois le jour, et deux à trois fois la nuit. Si on a réussi à diminuer la sécrétion muqueuse, ou que l'on aperçoive, dès le commencement, des ulcères à la cornée, on doit aussitôt recourir au collyre suivant :

℞	Sulfate de zinc.	gr. iij à vj.
	Eau de roses.	℥ vj à viij.
	Mucilage de gomme arabique.	℥ ß.
	Acétate de plomb.	ʒ ß à ℈ ij.
	Mêlez.	

Si on emploie ce collyre avec les mêmes précautions que le précédent, on voit bientôt disparaître le danger; au bout de huit à dix jours la sécrétion muqueuse diminue, son produit perd déjà de sa consistance, et sa couleur lactescente devient plus ténue et diaphane. J'emploie en même temps, dès le principe, des compresses de linge sèches et chaudes,

que je remplace plus tard par des sachets d'herbes aromatiques, également secs et chauds. Vers la fin il est convenable d'y ajouter du camphre, substance dont l'emploi est indiqué même avant cette époque chez les sujets débiles. Si la blennorrhée est très-violente, et qu'après cinq jours de l'usage de ces remèdes elle n'ait pas diminué d'une manière notable, il faut revenir au purgatif de calomel et de rhubarbe. Lorsqu'enfin la sécrétion muqueuse a été en baissant insensiblement, lorsque le danger le plus pressant est éloigné, mais que la conjonctive palpébrale se montre encore très-tuméfiée et comme veloutée, j'ajoute au collyre ci-dessus un gros, et même plus, de laudanum liquide de Sydenham. Si l'enfant est très-faible, et paraît maigrir, ce qui arrive assez souvent, je fais prendre la mixture ci-après, suivant les circonstances, soit au commencement de la seconde période, soit plus tard :

℞ Extrait de quinquina.		℈ ij à ʒ j.
Eau de canelle.	aa	℥ j.
Sirop d'écorce d'oranges. . . .		
Teinture aqueuse de rhubarbe. . .		ʒ j.

Mêlez et faites prendre par cuillerée à café toutes les deux heures.

Je joins à cette mixture quelques gouttes d'éther nitreux, dans le cas où l'enfant ne paraît pas trop faible ou trop délicat. Il faut en général avoir égard à la constitution des enfans; ainsi ce dernier moyen est indiqué, dès le début, chez ceux dont les traits du visage sont affaissés et expriment la vieillesse; dans ce cas, je l'administre uni à deux ou trois gros d'une dissolution d'acétate de potasse. On doit aussi prendre en considération la constitution des sujets, les circonstances qui les entourent; ainsi, l'habitation ne doit pas être humide, comme cela arrive dans les logemens situés au rez-de-chaussée; il importe au contraire qu'elle soit sèche, propre et chaude. Il est bon de baigner tous les jours

les petits malades ; dans ce cas, la propreté ne peut pas être poussée trop loin. Il est évident qu'il faut aussi tenir compte de l'état de la mère ou de la nourrice, si l'enfant est encore à la mamelle.

Lorsqu'il ne reste plus, de toute la maladie, qu'une agglutination peu considérable des paupières, et que je découvre des nuages de la cornée, ou des cicatrices d'ulcères, qui, ayant toujours une surface nébuleuse, diminuent plus ou moins la transparence de cette membrane, je fais appliquer deux fois par jour, entre les paupières, une très-petite quantité (du volume de la tête d'une épingle) de la pommade suivante :

℞ Deutoxide de mercure. . . .	gr.	j ß à ij.
Bol d'Arménie.	gr.	iij.
Protoxide de zinc.		
Axonge.	ʒ	j.

Si en outre je découvre des tumeurs sarcomateuses de la conjonctive, je joins à cette pommade un demi-scrupule ou un scrupule de laudanum liquide de Sydenham.

GRAIN D'ORGE SIMPLE.

Orgeolet; Hordeolum, Crithe, (Κριθή).

Il est rare que cette inflammation circonscrite, qui a son siége ordinaire dans l'un des cryptes de Méibomius, ou seulement dans le tissu cellulaire, se présente à l'état simple; car le plus souvent elle se complique de certaines dyscrasies, et surtout des scrophules.

Dans la première période, après que le malade a éprouvé un sentiment de tension et de vif picotement, on voit se développer, sur l'un des bords palpébraux, une petite tumeur inflammatoire circonscrite, qui, venant à augmenter de volume, gêne le mouvement de la paupière. Cette tumeur

devient ensuite d'un rouge foncé ; elle acquiert de la dureté, et encore plus de sensibilité vers la fin de cette période. Elle est arrondie, quelquefois même réniforme, et c'est dans ce dernier cas qu'elle atteint le plus grand volume dont elle soit susceptible, mais elle reste toujours uniformément élevée et luisante ; enfin, les paupières se collent plus ou moins pendant la nuit.

Dans le cours de la deuxième période, la rougeur augmente rapidement, et prend un aspect rouge-brun ; la tumeur devient conique, le malade éprouve une sensation de pesanteur dans la paupière ; celle-ci offre à son sommet un point ramolli, d'un rouge-jaunâtre, qui, venant à s'ouvrir, laisse écouler du pus, puis s'affaisse aussitôt avec toute la tumeur, ou bien ne diminue de volume qu'après avoir suppuré pendant quelques jours, après quoi la guérison s'opère, et on voit se former la cicatrice. L'orgeolet suit quelquefois une marche rapide et très-aiguë, en sorte que souvent, au bout de vingt-quatre heures, il est déjà arrivé à l'état de suppuration, et fournit une matière jaunâtre et légèrement épaisse. Mais ordinairement, dans cette inflammation, le pus met beaucoup plus de temps à se former ; car fréquemment ce n'est qu'après l'emploi de cataplasmes, pendant plusieurs semaines, qu'on finit par obtenir sa formation, et alors il est épais, d'une consistance analogue à celle du fromage. Cette forme chronique de l'orgeolet est aussi celle qui a le plus de tendance à récidiver.

On peut surtout considérer comme causes de cette maladie, indépendamment des lésions extérieures, l'introduction de corps étrangers et surtout d'un sable grossier ; aussi cette affection se montre-t-elle assez souvent chez les paveurs, les tailleurs de pierres, chez les personnes qui travaillent sur les grandes routes ou qui exercent d'autres professions analogues. Lorsque l'action de ces causes sur les paupières est fréquemment répétée, il en résulte une disposition aux récidives qui finit par être entretenue, non plus par ces impres-

sions extérieures, mais par les diathèses existant simultanément qui tendent alors à se manifester vers les yeux.

Le professeur Beer n'a jamais rencontré l'orgeolet que chez les individus adonnés à l'ivrognerie, et qui étaient d'une forte constitution. Cependant un *crithe*, survenu dans cette circonstance, ne peut pas toujours être regardé comme simple.

On peut, le plus souvent, guérir la maladie dès la première période en éloignant de la personne qui en est affectée les causes déterminantes; mais lorsque l'influence de ces causes continue jusqu'à la deuxième période, la suppuration est facilement arrêtée, et il reste une tumeur dure, insensible, ovale, à peine rouge, qu'on nomme *grêlon*, *chalazion*, *grando*, *lythyasis*, *tophus*, *porosis*, etc. On obtient la résolution de cette inflammation, à sa première période, par des applications, fréquemment réitérées sur l'œil, de compresses imbibées d'eau froide ou d'oxycrat, ou bien encore on se sert de glace, dont l'effet est souvent très-prompt.

Dans la seconde période, on doit favoriser la suppuration par l'application de cataplasmes de mie de pain cuite dans du lait et mêlée d'une certaine quantité de safran ; les cataplasmes de pulpe de pommes, etc., conviennent également.

On obtient par là facilement l'ouverture spontanée de l'abcès et une guérison rapide, en appliquant ensuite sur la petite tumeur un emplâtre de diachylon composé. Il faut, au reste, avoir soin, avant que l'abcès ne se ferme, de faire fondre toute induration qui existerait autour de la tumeur, afin qu'il ne se forme aucun *tophus* ou *grêlon*, car sans cette précaution, il reste une disposition aux récidives qui résulte de la présence de ces duretés. Pour prévenir la fréquence des récidives, M. le docteur Benedict (*Handbuch der prakt. Augenheilkunde*, I. Bd., p. 227) recommande l'usage, pendant quelques jours, du calomel à petites doses, ou de l'éthiops antimonié, moyens que j'emploie avec succès depuis longtemps, surtout dans les cas où il y a disposition ou affection

scrophuleuse. Cet auteur conseille en outre d'employer pendant quelque temps, à l'extérieur, la pommade suivante :

℞ Deutoxide de mercure très-divisé.	.	gr. vj.
Acétate de plomb.	} aa	gr. ij.
Acétate de cuivre crystallisé. .		
Bol blanc.		gr. iv.
Beurre frais non salé.		ʒ iij.

Mêlez exactement pour faire une pommade qui doit être employée tous les jours ou tous les deux jours.

TUMEUR ÉRYSIPÉLATEUSE SIMPLE DE LA COMMISSURE INTERNE.

Anchylops erysipelatosa (Ἀγκύλη, *angle, et* ὤψ, *œil, visage.*)

Souvent on confond cette maladie avec une inflammation du sac lacrymal.

Symptômes de la première période. Cette inflammation s'accompagne de tous les signes caractéristiques de l'inflammation érysipélateuse simple des paupières sur lesquelles elle s'étend, même assez fréquemment.

Comme l'inflammation affecte alors en même temps les papilles lacrymales et les conduits lacrymaux, l'absorption des larmes est interrompue parce que les premières sont contractées sur elles-mêmes. Tant que l'affection n'intéresse pas le sac lacrymal, la tumeur qui occupe la commissure interne des paupières n'offre pas une grande dureté ; mais lorsqu'il participe à son tour à l'inflammation, on sent, en examinant attentivement, sous le point affecté de phlegmasie érysipélateuse, une éminence dure, réniforme, se distinguant quelquefois même par une rougeur plus prononcée, qui annonce une très-vive inflammation de la paroi antérieure du sac lacrymal. Les papilles lacrymales sant racornies, les points lacrymaux entièrement fermés, la fosse nasale du côté affecté est sèche

et d'une telle sensibilité que la moindre irritation provoque de violens éternuemens.

Symptômes de la seconde période. On observe de même ici les principaux phénomènes qui caractérisent la deuxième période de la blépharophthalmite érysipélateuse pure. L'absorption des larmes commence de nouveau à se faire, et la caroncule lacrymale sécrète une grande quantité de mucosité dont elle est entièrement recouverte. Il s'opère quelquefois une sécrétion muqueuse jusque dans le sac lacrymal, et son produit peut être exprimé soit par les points lacrymaux, soit par le nez, au moyen d'une légère pression.

Lorsque l'inflammation s'est développée avec force sur les papilles lacrymales et dans les conduits lacrymaux, l'absorption des larmes ne se rétablit pas pendant toute cette période; mais il reste souvent pendant long-temps un écoulement de larmes (*stilicidium lacrymarum*), occasioné par l'atonie de ces organes. Lorsque le sac lacrymal a été vivement enflammé durant la première période, on y remarque dans le cours de la seconde, une collection de mucus très-considérable. Cette mucosité ne peut être évacuée ni par les points lacrymaux, ni par le canal nasal, mais la suppuration qui se forme au dehors de lui pénètre successivement plus profondément, et finit par perforer la paroi antérieure du sac lacrymal, surtout lorsque la maladie a été négligée, et constitue un état que le professeur Beer nomme *fistule lacrymale fausse*, parce que le pus n'ayant pas été produit dans le sac lacrymal même, n'a pas percé celui-ci de dedans en dehors, et qu'il est parvenu au contraire à s'y épancher en détruisant sa paroi du dehors au dedans. Les abcès qui ne pénètrent pas dans le sac lacrymal, et qui n'ont leur siége que dans la caroncule lacrymale, etc., sont nommés par Beer ulcère simple de l'angle interne de l'œil (*ægylops simplex*). Il parvient à les distinguer de la fistule lacrymale fausse, en partie à l'aide de la sonde, en partie à ce que la plus légère pression exercée sur la fistule en fait sortir de la mucosité, du pus et des

larmes qui ne sont pas mêlées avec eux, il les distingue aussi à la quantité de l'humeur qui en sort, et qui est beaucoup moins considérable dans l'ægylops simple que dans la fausse fistule lacrymale.

Étiologie. Cette affection se montre souvent chez les personnes douées d'une peau *vulnérable* (1) ou très-sensible, qui s'exposent à un courant d'air froid après avoir versé beaucoup de larmes. Du reste, les causes qui déterminent la blépharophthalmite érysipélateuse peuvent également donner lieu à la maladie qui nous occupe en ce moment.

Pronostic dans la première période. Le pronostic est très-favorable si la maladie est simple, et n'est pas traitée d'une manière opposée à sa nature. Il peut rester tout au plus après elle un épiphora passager occasioné par l'atonie des points lacrymaux, épiphora qu'on observe surtout lors de l'exposition des malades à l'air froid. Mais le pronostic est beaucoup moins favorable si l'inflammation a occupé en même temps le sac lacrymal ; car, dans ce cas, il se fait souvent une perforation de la paroi antérieure de ce réservoir, et, si la maladie n'est pas soignée convenablement, il reste souvent une blennorrhée du sac lacrymal.

On peut porter un pronostic avantageux, lorsque pendant la seconde période la suppuration reste bornée à la superficie ; mais il doit être moins satisfaisant s'il se forme un abcès, et il est bien plus fâcheux lorsque déjà il s'est formé une fausse fistule lacrymale, car il est à craindre alors qu'il en résulte non seulement une blennorrhée rebelle, mais encore la destruction totale des conduits lacrymaux et par conséquent un épiphora incurable.

(1) Les sujets, surtout ceux à cheveux blonds, qui ont la peau fine, délicate, mollement tendue, rougeâtre et luisante, dont les joues abondent en petits vaisseaux sanguins, ont, suivant Adam Schmide, la peau *vulnérable*. Ces individus rougissent facilement, sont enclins aux érysipèles, et supportent rarement l'application de pommades grasses sans en éprouver de mauvais effets.

Dans ce dernier cas, on est obligé de détruire la membrane muqueuse du sac lacrymal, et, pour ainsi dire, le sac en totalité, pour être sûr de prévenir une autre maladie de cet organe connue sous le nom d'*hydropysie du sac lacrymal.*

Traitement. Les moyens les plus convenables dans la première période, sont les applications d'eau froide et l'exposition de la partie malade à l'air frais ou froid.

Dans le second stade, le traitement devra être le même que pour l'inflammation érysipélateuse des paupières à la même période; seulement, si le sac lacrymal est affecté en même temps, il faut y apporter une attention spéciale. Si par conséquent il se forme un abcès, on doit s'efforcer de le faire arriver promptement à maturité par l'application de cataplasmes émolliens, ne jamais attendre qu'il s'ouvre spontanément, mais y porter l'instrument tranchant aussitôt que la fluctuation est sensible; tel est le meilleur moyen de prévenir l'érosion du sac lacrymal. Mais lorsque ce dernier accident est survenu, il convient de ne sonder que le moins possible; on doit tout au plus une fois par jour déterger l'abcès au moyen de la seringue d'Anel, avec de l'eau tiède, à laquelle on ajoute un peu de laudanum, introduire ensuite avec précaution, et seulement dans la partie antérieure de la plaie, un peu de charpie imbibée de ce médicament, afin de ne mettre aucun obstacle à la cicatrisation du sac lacrymal.

Mais le foyer de l'inflammation n'existe pas toujours immédiatement au-dessus du sac lacrymal, il est quelquefois situé plus haut; ce cas n'en réclame pas moins toute l'attention du médecin dans la seconde période, car si on le néglige ou qu'on ne le traite pas d'une manière convenable, si l'on n'ouvre pas l'abcès de bonne heure, ou que l'ouverture obtenue ne soit pas entretenue jusqu'à guérison entière, le pus, quoique ne passant pas facilement à travers la paroi antérieure du sac lacrymal, peut se frayer une route au dessus et pénétrer dans l'orbite. Il peut résulter dans cette cir-

constance la plus grave, une érosion du périoste, suivie de la carie d'un ou de plusieurs os de l'orbite. On reconnaît celle-ci, soit au moyen de la sonde d'argent, soit à la présence de bourgeons charnus rouges, très-douloureux, et saignant au moindre contact, qui se développent quelquefois à l'ouverture du canal fistuleux. Quoique dans ce cas la maladie ne présente pas de dangers particuliers, le traitement en est généralement très-long et doit être suivi avec beaucoup de soin. La situation profonde de la carie, ainsi que la proximité du globe de l'œil et l'étroitesse de tout le canal fistuleux, s'opposent souvent à l'emploi des topiques convenables. Si on abandonne à la suppuration qui est peu abondante le soin de séparer les portions osseuses cariées, et que celles-ci soient à un pouce de profondeur, le temps nécessaire à l'exfoliation peut être de six à dix mois.

Quand cette circonstance désagréable se présente, il faut, avant tout, élargir, si cela est possible, l'orifice externe, évacuer le pus une fois par jour, en injectant doucement une infusion de rue (*ruta graveolens*) filtrée et contenant un peu de laudanum liquide, en introduisant ensuite jusqu'au fond du canal fistuleux, une mèche de charpie trempée dans une mixture composée d'une partie de teinture d'assa-fœtida et de deux parties de solution de myrrhe. On obtient une exfoliation encore plus prompte, si on peut faire pénétrer jusqu'au fond du trajet fistuleux une petite quantité du mélange suivant :

℞ Assa fœtida. . . . . . .
Myrrhe. . . . . } aa ℈ j.
Térébenthine de Venise.
Huile de Sabine. . . . . gtt. v à viij.
Mêlez.

Lorsque le canal est rétréci par des granulations charnues, on peut les détruire en usant prudemment de la pierre infernale

ou du précipité rouge ; on peut aussi ajouter quelques grains de ce dernier au mélange que nous venons d'indiquer. Lorsque par les soins que nous avons recommandés on est parvenu à guérir la carie, ce dont on s'assure avec la sonde, on introduit encore, pendant quelque temps et à peu de profondeur, des mèches de charpie humectée de laudanum liquide de Sydenham, et ordinairement la fistule se ferme ensuite d'elle-même, en ne laissant vers l'angle interne de l'œil qu'une petite cicatrice enfoncée. Si je suis entré dans des détails si minutieux sur cet incident, c'est parce que jusqu'à présent on n'en avait presque rien dit.

PLAIES DE LA RÉGION OCULAIRE ET DES PAUPIÈRES.

Ces plaies méritent la plus grande attention, non seulement parce qu'elles peuvent donner lieu à des difformités incurables des parties lésées, mais encore parce qu'elles peuvent troubler ou même anéantir complètement les fonctions de la rétine.

Les plaies horizontales du front, si elles sont considérables et très-peu éloignées des sourcils, doivent être promptement réunies, afin d'empêcher que la peau ne s'affaisse et ne donne lieu à une difformité très-désagréable, c'est-à-dire à l'écartement des tégumens généraux de la paupière supérieure, ou même à un prolapsus de cette dernière, (*blépharoptosis*). Si la plaie est très-étendue, qu'elle ait lieu chez une personne ayant habituellement le front ridé, et que la peau soit un peu flasque, on ne doit pas se borner aux emplâtres agglutinatifs, mais il faut aussitôt réunir par quelques points de suture, appliquer ensuite des bandelettes agglutinatives et un bandage convenable.

Les plaies verticales de la peau du front n'exigent pour leur

réunion que des bandelettes agglutinatives et un bandage unissant. Les plaies obliques de cette partie ne nécessitent quelquefois que le premier de ces moyens, mais dans d'autres cas elles exigent l'emploi de la suture sanglante. Il est important, dans toutes les plaies simples du front, de chercher à empêcher l'inflammation et la suppuration, qui ne pourraient que retarder la guérison. La suppuration étant d'abord de bonne nature, peut aussi devenir sanieuse, d'où résultent souvent, lorsque à la suite de cette suppuration est survenue une perte de substance, un ectropion de la paupière supérieure, ou même une impossibilité de fermer complètement les paupières, c'est-à-dire un raccourcissement de ce voile mobile, un œil de lièvre, (*lagophthalmos*). On doit s'abstenir de réunir la plaie par première intention quand les os ont été entamés et brisés. On ne peut tenter ce mode de réunion que lorsque les lésions éprouvées par les os sont simples et sans esquilles. Les simples contusions à la région frontale réclament le même traitement que celles des autres parties du corps; c'est-à-dire des applications d'eau froide avec un peu d'acétate de plomb liquide, qu'on remplace plus tard par un peu de vin ou d'alcool. Mais si ces contusions ont été assez fortes pour qu'il en soit résulté une attrition complète des parties molles, il est souvent nécessaire d'enlever celles qui sont comme broyées, et de transformer la plaie en une plaie simple par instrument tranchant, que l'on traite ensuite comme celles qui sont simples avec perte de substance. Dans tous les cas de violentes contusions du front, qui sont toujours accompagnées d'une commotion du cerveau, il est nécessaire, après avoir pratiqué une saignée, de continuer pendant quelque temps l'usage de légers purgatifs, qui puissent provoquer trois ou quatre selles par jour.

Le pronostic de ces plaies de la peau du front est favorable si le malade est assez docile pour garder le repos; mais il doit être d'autant plus fâcheux que la plaie a été plus négligée, et qu'il est plus indocile; car il peut facilement arriver

que le nerf frontal ait été lésé, et que s'il survient une suppuration de mauvaise nature, la cicatrisation soit suivie d'un commencement d'amaurose, ou d'une amaurose complète, qui s'accompagne d'une dilatation ou d'un rétrécissement extraordinaire de la pupille. Le professeur Beer attribue cette faiblesse amaurotique de la vue, et cette amaurose parfaite aux tiraillemens, et à la tension des ramifications du nerf frontal, occasionés par une cicatrice vicieuse ; il les guérit par des incisions hardies, faites dans la région du trou sus-orbitaire, et pénétrant jusqu'à l'os.

Cette espèce d'amaurose succède souvent à des lésions qui ne sont que peu considérables et se montre après la cicatrisation complète. Dans les lésions plus graves, elle peut survenir immédiatement ; elle n'est pas alors toujours un effet de la dilacération du nerf frontal, mais elle peut aussi provenir d'une commotion des parties internes de l'œil, ou d'une déchirure de la rétine.

On reconnaît que l'amaurose dépend d'une faiblesse de l'œil occasionée par la commotion, lorsqu'il n'existe ni contusion, ni dilacération importante dans la région où se ramifie le nerf frontal, et lorsque l'iris de l'œil qui est frappé de cécité complète ou partielle, est parfaitement immobile et très-épanoui, d'où résulte un rétrécissement considérable de la pupille. Mais lorsque, indépendamment de ces phénomènes, il y a un épanchement de sang dans les chambres de l'œil, ou seulement une douleur oppressive, profonde dans tout le globe oculaire, accompagnée d'une sensibilité de cet organe telle qu'il ne puisse supporter le moindre contact, que la vision soit complètement abolie, que le malade ne puisse apercevoir le moindre rayon lumineux ; on peut annoncer avec certitude que la rétine est déchirée, et pronostiquer une cécité incurable. Lorsque l'amaurose instantanée ne reconnaît comme cause qu'une contusion, un tiraillement et la dilacération imparfaite d'une ou de plusieurs des principales ramifications du nerf frontal, les phénomènes qu'on

remarque dans le globe de l'œil sont différens, car bien qu'il soit frappé de cécité, il conserve néanmoins, dans ce cas, plus ou moins de faculté de percevoir la lumière; et quoique l'iris soit également immobile, on trouve la pupille, non-seulement extraordinairement dilatée, mais le premier est encore beaucoup plus étroit dans les points de sa circonférence qui correspondent aux commissures des paupières qu'en haut et en bas, ensorte que l'ouverture pupillaire semble se rapprocher, par sa configuration, de celle des animaux ruminans, et que le bord libre de l'iris se montre tellement renversé en arrière que l'on ne distingue plus rien du petit cercle de cette membrane. Lorsque l'amaurose est l'effet d'une contusion et d'une dilacération simultanée du nerf frontal, on trouve réunis les signes caractéristiques qui viennent d'être énumérés; seulement la dilatation de la pupille est alors si considérable que l'iris semble avoir entièrement ou presqu'entièrement disparu.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que l'amaurose consécutive aux lésions de la région surcilière, peut arriver dans quatre circonstances différentes, savoir : 1° à la suite d'un tiraillement et d'une tension violente des principales ramifications du nerf frontal : dans ce cas elle est uniquement la suite d'une cicatrice vicieuse, et se développe, soit pendant la formation de la cicatrice, soit seulement après; 2° par une simple commotion ou par une véritable déchirure de la rétine, et par le déplacement de plusieurs autres des parties internes du globe de l'œil : dans ces deux cas d'amaurose, la cécité survient immédiatement après la lésion; elle est incomplète dans la première, parfaite dans la seconde; 3° par une contusion et une dilacération imparfaite des ramifications du nerf frontal : ici la faiblesse de la vue, rarement l'amaurose parfaite, succède aussi à la lésion, mais moins vîte que dans les cas précédens; 4° enfin par une violente commotion du globe de l'œil et des parties voisines, et en même temps par une contusion et une dilacération du nerf frontal :

dans ce cas la cécité amaurotique se montre déjà au moment de la lésion même.

Les plaies de la région temporale, d'après les observations faites jusqu'à ce jour, ne portent pas d'atteinte à la vision. On doit les traiter d'après les règles communes de la chirurgie.

Les plaies de la région palpébrale inférieure peuvent aussi occasioner, non seulement une amblyopie amaurotique, mais encore une amaurose parfaite; comme cela a lieu dans les cas où le nerf sous-orbitaire ayant été lésé, la cicatrice informe qui résulte, comprime et tiraille ses ramifications. Un exemple de ce genre est rapporté par Arnemann (1), cependant cet accident se remarque beaucoup plus rarement que dans les lésions de la région sous-obitaire; cela tient, sans doute, à ce que le nerf sous-orbitaire est beaucoup mieux protégé contre les lésions extérieures.

Mais les plaies de cette région, qui sont suivies de suppuration, offrent beaucoup plus de chances de déformation de la paupière inférieure; les bords de la plaie se rapprochant par la cicatrisation peuvent facilement donner lieu à des ectropions de la paupière inférieure. Il devient par conséquent indispensable ici de fermer les paupières au moyen de bandelettes agglutinatives, et de tenir l'inférieure très-distendue, pour que la cicatrice se fasse avec le moindre rapprochement possible des bords de la plaie.

Si on néglige ces plaies de la région sous-orbitaire, il se forme quelquefois aussi un *lagophthalmos*. Le pronostic de toutes ces lésions ne doit être établi qu'avec la plus grande circonspection; il faut même se garder de pronostiquer avant de s'être assuré de l'étendue de la plaie. Lors même qu'on a reconnu celle-ci, on doit encore être très-circonspect dans le jugement qu'on en porte.

La gravité des lésions très-considérables de la région or-

(1) Voyez son magazin, 1. B. 1 H. S. 98.

bitaire supérieure est en raison de celles éprouvées par l'os, et de la commotion qui les accompagne, car elles sont ordinairement suivies de phénomênes qui donnent plus à craindre pour la vie du malade que pour la perte de l'œil. Si la blessure a été accompagnée d'une très-grande violence, l'influence fâcheuse qui en résulte ne se manifeste pas seulement sur l'œil du côté blessé, mais bien sur les deux yeux à la fois, par une amblyopie amaurotique qui semble être due à une forte commotion éprouvée par les parties antérieures de l'encéphale, et à une atonie des deux nerfs optiques.

Le pronostic ne doit pas être porté avec moins de circonspection dans ce cas, parce qu'il arrive souvent que la cécité persiste pendant le reste de la vie. Si l'amaurose après avoir très-promptement succédé à la blessure, n'a pas augmenté, ou diminué d'une manière sensible après cette époque, si le malade ne se plaint pas de céphalalgie dans la région surcilière, si l'œil est très-clair et vif, et qu'aucune des facultés mentales n'ait été altérée; on peut espérer que la vision se rétablira peu à peu.

Mais si l'amblyopie amaurotique augmente graduellement, si les yeux sont sensibles à la lumière, si le malade se plaint de douleurs violentes et continues dans la région surcilière, si ses facultés intellectuelles ont souffert, on doit se garder de porter un pronostic favorable; car alors, non-seulement il survient une amaurose parfaite, mais quelquefois même de graves accidents qui menacent la vie.

Les lésions considérables de la région surcilière sont fréquemment dangereuses, surtout lorsque le nerf sous-orbitaire été tiraillé et déchiré, et qu'il y a eu en même temps une forte commotion du cerveau. Souvent il reste une atonie du muscle releveur de la paupière supérieure, *Atoniatonblepharon*, ou une véritable paralysie de ce muscle, *Blepharoptosis paralytica*, *Blepharoplegia*, ou même une véritable paralysie des muscles du globe de l'œil, et par suite un prolapsus de cet organe, *Ophthalmoptosis paralytica* ou *Ophthalmoplegia*.

Comme presque toutes ces lésions très-violentes sont plus ou moins accompagnées de perte de substance, et que par conséquent les plaies qui en résultent peuvent rarement être réunies par première intention, il faut que le médecin surveille l'inflammation consécutive de manière à obtenir une prompte cicatrisation. Il doit par conséquent extraire les esquilles, s'il y en a dans la plaie, et la garantir contre l'influence des agens extérieurs, au moyen de légers cataplasmes émolliens, si du reste le blessé est robuste, et qu'il n'y ait en même temps ni contusion ni ecchymose. Lorsqu'au contraire la plaie est compliquée de contusions et d'extravasations de sang, si le malade est vieux ou ne jouit pas des forces nécessaires à la formation d'un pus de bonne qualité, ou s'il est d'une constitution débile ou lâche, il est convenable d'employer, au lieu de cataplasmes émolliens, des applications aromatiques, vineuses, chaudes, telles que la préparation recommandée par Le Fébure contre les sugillations des paupières :

℞ Sel ammoniac dépuré.	ʒ ß.
Eau distillée.	℥ viij.
Alcool.	ʒ ij.
Mêlez.	

Cette préparation est très-utile, surtout quand on l'applique immédiatement après l'accident.

Si l'amblyopie amaurotique a été produite par une commotion légère de l'œil, elle disparaît peu à peu sous l'influence du traitement chirurgical dirigé contre cet accident. Mais si la commotion de l'œil a été accompagnée d'une déchirure, quelque petite qu'elle soit, de la rétine, ou d'un déplacement des parties intérieures de l'œil, l'amaurose est incurable quels que soient les moyens employés pour le traitement de la lésion locale.

Si la cécité est déterminée par une simple lésion du nerf

frontal, il faut, immédiatement après l'accident, diviser toutes les branches de ce nerf, en faisant une incision jusqu'à l'os, car l'opération ne réussit pas toujours lorsqu'on ne l'entreprend qu'après la cicatrisation de la plaie ou lorsque l'amaurose est augmentée ou invétérée. La simple incision jusqu'à l'os ne m'a pas réussi dans ce cas, mais je suis parvenu une fois à rendre presque entièrement la vue en faisant l'excision complète de la cicatrice existante.

Lorsque cette amaurose est le produit d'une simple atonie de la rétine, il faut la traiter comme une affection locale; les moyens qui conviennent alors seront exposés en parlant de l'amaurose.

Si, à la suite de lésions considérables de la région surcilière, la cicatrisation de la plaie s'est opérée d'une manière vicieuse, en sorte qu'il reste quelques difformités de la paupière supérieure, celles-ci sont ordinairement tout-à-fait incurables; mais on a souvent le moyen de les prévenir, quand on soupçonne qu'elles pourront avoir lieu, avant que la cicatrisation ne soit opérée.

Pour ce qui concerne les plaies et les contusions de l'angle interne de l'œil et du sac lacrymal, je ferai remarquer que si les conduits lacrymaux sont divisés, ils peuvent, si l'on n'y prend garde, s'oblitérer ou au moins devenir presque imperméables, ce que l'on observe surtout après les contusions de ces parties. J'assimile aussi aux effets des contusions ceux qui résultent de l'introduction, autrefois si fréquemment pratiquée, des sondes dans ces conduits; si on répète trop souvent cette opération et qu'on y mette peu de précaution, il en résulte quelquefois, non seulement un épiphora incurable, mais par fois aussi une semi-paralysie de la paupière inférieure qui est suivie d'un ectropion partiel. Les plaies par instrumens tranchans, intéressant la région qui avoisine l'angle interne de l'œil, peuvent être guéries, pour la plupart, sans points de suture, pourvu qu'on

applique avec soin la suture sèche et que l'œil soit en même temps tenu fermé au moyen de bandelettes agglutinatives.

On doit, le plutôt possible, traiter les contusions de ces parties par l'application d'eau froide, par l'emploi de moyens antiphlogistiques énergiques, enfin on doit tout faire dans les premiers jours pour prévenir la suppuration, mais s'il y a quelques indices de sa formation, il faut la favoriser aussitôt, et faire tous ses efforts afin d'obtenir une prompte cicatrisation.

Les plaies des paupières peuvent être suivies des mêmes accidens que celles des régions surcilière et frontale; l'état amaurotique excepté, à moins qu'elles n'aient été extrêmement maltraitées. Elles peuvent être pénétrantes ou non pénétrantes. Les plaies pénétrantes, si elles sont négligées, peuvent facilement laisser après elles une division de la paupière, *colomboma*. Le pronostic est très-douteux dans ce cas, et il l'est d'autant plus que la perte de substance a été plus grande; et que l'œil a éprouvé une pression plus considérable, etc.

Traitement des plaies non pénétrantes des paupières. On doit éloigner les parties qui font saillie dans la plaie, telles que des lambeaux du muscle orbiculaire; ensuite, si celle-ci est longue de plus d'un quart de pouce, si elle intéresse la paupière supérieure, quelle que soit d'ailleurs sa direction, on la réunit par la suture sèche (1) et sanglante, et on veille soigneusement à ce qu'il ne reste ni ectropion ni entropion, ni prolapsus de la paupière, ni lagophthalmos. On doit, si on est obligé de faire plusieurs points de suture, introduire d'abord tous les fils cirés doubles avant de faire les nœuds; on les enlève entre le troisième et le

(1) Les plaies même superficielles de la paupière supérieure doivent être réunies par des points de suture, quelle que soit leur direction, parce qu'ici les mouvemens violens du muscle orbiculaire suffisent pour déplacer la suture sèche.

quatrième jour, et on conserve la suture sèche jusqu'à l'entière cicatrisation de la plaie.

La suture sèche et un bandage convenable suffisent pour la réunion des plaies non pénétrantes de la paupière inférieure. Si les contusions de cette paupière sont suivies de suppuration, le meilleur moyen de prévenir la formation de l'ectropion, consiste à tenir cette partie dans un état de tension continuelle au moyen de bandelettes agglutinatives, jusqu'à parfaite guerison.

Le *traitement* des plaies pénétrantes des paupières est le même que celui des plaies non pénétrantes, seulement on est souvent obligé de faire des points de suture à la paupière inférieure (1).

Le *pronostic* est ici fort variable; en effet, il est favorable si la plaie n'est pas compliquée de perte de substance et si on est appelé auprès du blessé immédiatement après l'accident; on peut, dans ce cas, rendre à la paupière non-seulement sa forme, mais encore son usage. Le pronostic est défavorable, s'il y a eu perte de substance; alors la forme de la paupière ne peut plus être rétablie en entier; la circonstance est encore plus fâcheuse si la division de la paupière (*coloboma*) n'a pas été réunie aussitôt, et si les bords en sont devenus calleux. On est alors dans la nécessité de faire la résection des callosités, pour opérer la réunion de la solution de continuité. Si ces divisions des paupières sont en outre compliquées de perte de substance, il arrive assez souvent qu'on ne peut pas en faire la réunion; alors la vision se perd graduellement et le globe de l'œil se déforme peu à peu, parce que cet organe n'est plus garanti contre les influences extérieures et n'est plus entretenu dans l'état d'humidité nécessaire à l'exercice de sa fonction. Les moyens

(1) Les plaies qui divisent les commissures des paupières et peuvent souvent occasioner un ectropion doivent être réunies, si cela est praticable, par des points de suture ou au moins par des bandelettes agglutinatives.

palliatifs, tels que les collyres mucilagineux, ne peuvent retarder que d'un court espace de temps ces suites fâcheuses. Pour opérer la réunion d'une plaie pénétrante de la paupière ou d'un coloboma, qui quelquefois est congénial, il faut d'abord placer un point de suture immédiatement au dessus du cartilage tarse, mais en évitant de percer celui-ci ainsi que la conjonctive palpébrale (1); on applique ensuite en haut les autres points de suture nécessaires, et on place avec soin dans leur intervalle des bandelettes de taffetas gommé; on fixe au moyen d'un emplâtre les fils du dernier point de suture sanglante, sur la joue, et ceux du premier sur le front, afin que les mouvemens de la paupière retardent le moins possible la réunion.

CALLOSITÉS DES PAUPIÈRES.

Tylosis (Τυλόω, *occasioner des callosités*) *pachyblépharosis*; *pachéablépharа*, *pachytes*.

La maladie dont nous allons parler consiste dans une tumeur calleuse, dure, égale ou inégale, et assez indolente, qui occupe les bords des paupières. Elle succède le plus souvent à des ophthalmies scrophuleuses récidivées ou qui ont été traitées par des collyres contenant des oxides de plomb; mais elle affecte de préférence les personnes d'une constitution molle, paresseuse ou arthritique. Elle s'accompagne quelquefois d'une chute partielle ou totale des

(1) C'est le précepte que donnent la plupart des médecins, tels que Richter, Beer, Callisen, etc., parce qu'ils craignent qu'il ne reste des difformités de la paupière; cependant le professeur Dzondi et plusieurs autres ont quelquefois fait passer une aiguille fine à travers le cartilage *tarse* pour opérer la réunion des divisions palpébrales, sans qu'il en soit résulté des suites désagréables. (*Voyez* Dzondi's Geschichte des klinischen Institutes fur Chirurgie and Augenkeilkunde auf der Universitæt zu Halle, 1818, p. 157. — Histoire de l'Institut clinique de chir. et d'ophthalmologie de l'université de Halle.)

cils (*psilosis*, *ptilosis*), qui se reproduisent ensuite, parce qu'ordinairement leurs bulbes n'ont pas été affectées.

Lorsque les bords des paupières sont très-inégaux et de forme tuberculeuse, la maladie est encore appelée par quelques auteurs *trachôma*, de Τραχόω, *je rends inégal.*

Le *tylosis* est dans beaucoup de cas très-difficile à guérir, surtout quand le sujet est sous l'influence d'une diathèse scrophuleuse ou arthritique, et lorsqu'il est déjà avancé en âge. J'ai plus d'une fois observé que ces callosités affectent un mauvais caractère et peuvent même devenir réellement cancéreuses, surtout si elles ont une forme bosselée, si on les néglige, si elles s'enflamment souvent sans cause visible et persistent jusque dans la vieillesse, ou bien si elles surviennent chez des sujets cachectiques âgés, et malpropres. Quand les points lacrymaux eux-mêmes sont calleux, insensibles et impropres à l'absortion des larmes, ce qui arrive quelquefois chez les vieillards, il en résulte un larmoiement (*stilicidium lacrymarum*), qui persiste lors même que le tylosis a été enlevé en grande partie.

Après avoir pris en considération, autant que possible, l'affection scrophuleuse ou arthritique, ou toute autre diathèse, on peut, s'il n'existe point d'œdème des paupières, employer le cataplasme tiède suivant, recommandé par Graefe (1).

℞ Poudre de jusquiame. . . } aa égale quantité.
Poudre de ciguë. . . . . }
Farine de graine de lin. . }
Faites cuire avec une proportion d'eau suffisante, jusqu'à consistance de cataplasme.

Beer (2) préconise avec raison les cataplasmes chauds

(1) *Repertorium augenaerztlicher Heilformeln.* Berlin, 1817, p. 55. (*Répertoire de formules employées dans les maladies des yeux.*)

(2) *Lehre von den Augenkrankheiten*, Wien 1813 et 1817. 2 Bd., p. 52.

de ciguë, de saponaire, auxquels on ajoute du camphre; il les fait appliquer sur les callosités des bords des paupières, jusqu'à ce qu'elles soient rougeâtres et sensibles. Plus tard on se sert avec avantage de pommades préparées avec le deutoxide ou avec le protochlorure de mercure, avec ou sans addition de camphre (mieux vaut sans styptiques), d'abord faibles, ensuite de plus en plus fortes, telles que :

> ℞ Deutoxide de mercure réduit en poudre très-fine. . . . . gr. ij.
> Extrait de ciguë. . . . . gr. x.
> Axonge. . . . . ʒ j.
> Mêlez très-exactement.

On peut ajouter à cette pommade deux à quatre grains de camphre, s'il peut être supporté; il faut ensuite la renforcer peu à peu.

Si ces moyens ne produisent pas d'effet, la pommade citrine de la pharmacopée d'Edimbourg (dont la préparation est indiquée page 79) achèvera certainement la guérison. Chez les sujets peu sensibles et dans les cas où l'effet des cataplasmes que nous venons d'indiquer a été nul ou presque nul sur les callosités, il convient de scarifier le bord de la paupière avant l'emploi des pommades que nous avons conseillées. Il faut avoir soin de ne pas appliquer simplement les topiques qu'on veut mettre en usage dans cette maladie, mais il faut en s'en servant, en frotter légèrement les surfaces malades.

GRÊLON.

Chalazion (χάλαζα, grêle, tumeur des paupières qui ressemble à un grain de grêle) Chalazosis, Grando, Lapis palpebrarum, Lithiasis, Tophus, Porosis.

On donne le nom de grêlon, grando chalazion, à un orgeolet endurci, qui n'est pas passé à l'état de suppura-

tion, et qu'on observe sur le bord des paupières, tantôt isolé, tantôt réuni à plusieurs autres orgeolets endurcis, ou commençant seulement à se développer. Le grêlon se présente sous la forme d'une petite tumeur circonscrite, ronde ou réniforme, mobile, insensible et dure. Lorsque cette tumeur renferme une masse solide, très-dure, comme pierreuse, on l'appelle *Lithiasis*, *Lapis palpebrarum*. La substance dont est formé le grêlon n'est pas toujours du pus endurci, elle n'est quelquefois qu'une masse ressemblant au cartilage, ayant des rapports organiques avec les parties voisines, et qu'on pourrait appeler *Tylosis partiel*. Il n'est pas rare de rencontrer à la face interne de la paupière, surtout de l'inférieure, de petites masses calculeuses, qui ne méritent sous aucun rapport le nom de grêlon; elles consistent généralement en points crétacés, peu solides, mais qui n'occasionnent qu'une faible irritation sur le globe de l'œil, parce qu'ils sont aplatis et logés sous la conjonctive. Il ne peuvent être détruits que par des moyens mécaniques.

Tout ce qui peut produire et entretenir l'orgeolet étant susceptible de favoriser la formation du grêlon, on trouve le plus souvent chez les sujets affectés de cette maladie, soit une disposition aux scrophules, soit une affection scrophuleuse, qui rendent le pronostic fâcheux, surtout lorsqu'il existe plusieurs grêlons en même temps, et qu'ils ont été traités par les caustiques, parce qu'alors ils dégénèrent quelquefois en une induration squirrheuse plus ou moins étendue de la paupière. Les grêlons qui se forment chez les vieillards cachectiques, malpropres et adonnés aux boissons spiritueuses, peuvent aussi passer à l'état squirrheux, si on les traite d'une manière peu convenable. Les *chalazions*, dont la surface est inégale et bosselée, se manifestent chez des personnes affectées d'indurations glanduleuses de mauvaise nature, surtout chez les vieilles filles et après la cessation des règles, peuvent quelquefois, après avoir pris un

aspect blafard et avoir été le siége de douleurs pongitives et brûlantes, passer à l'état d'ulcères cancéreux.

Du reste le pronostic des chalazions est très-favorable, lorsque la disposition scrophuleuse, ou les autres causes qui les produisent, ont été combattues avec succès, et que le malade s'abstient de boissons spiritueuses, et surtout d'eau-de-vie. Souvent l'usage de cette dernière liqueur est presque suffisant pour faire dégénérer l'orgeolet ordinaire en chalazion. Lorsque cette affection est invétérée, très-dure, volumineuse et insensible, il est rare qu'on parvienne à la guérir.

Traitement. Si le grêlon est encore petit, s'il est situé immédiatement sous les tégumens extérieurs, et qu'il n'offre pas encore de tendance à dégénérer en induration de la paupière, on peut tenter la résolution. On doit, à cet effet, frotter la petite tumeur entre les doigts, ou y faire des applications de baume de vie d'Hoffmann, d'eau de Cologne, d'éther combiné avec la teinture d'opium ou la traiter par l'ammoniaque et la teinture de cantharides. Après chaque friction, on recouvre le grêlon d'un emplâtre de *diachylon composé* et de *ciguë*. On fait souvent, avec succès, des frictions sur la tumeur avec la pommade suivante :

℞		
	Onguent mercuriel double.	ʒ j.
	Camphre broyé.	aa gr. xij.
	Extrait de ciguë.	

Mêlez exactement.

Après ces frictions, on recouvre la partie malade avec l'emplâtre que nous venons d'indiquer. Sous l'influence de ce traitement, on voit le grêlon se résoudre ou s'enflammer ; si à ce dernier état on ne parvient pas à le faire suppurer, il faut avoir recours à l'opération, qui consiste à mettre la petite tumeur à nu, en pratiquant sur elle une incision, et à saisir ensuite le grêlon avec une petite airigne et à l'exciser.

On employait autrefois les caustiques pour guérir les chalazions de mauvaise nature; mais ce moyen est plus nuisible qu'utile, et l'excision de la tumeur guérit bien plus sûrement. Lorsqu'il existe en même temps un cancer à la mamelle ou à l'utérus, et que le grêlon paraît manifestement lié à ces affections, on doit, le plus souvent, le considérer comme un *Noli me tangere*.

SQUIRRHE ET CANCER DES PAUPIÈRES.

Le squirrhe des paupières consiste en une tumeur circonscrite, très-dure, immobile, dont la couleur est quelquefois la même que celle du reste de la peau, d'autres fois elle est pourvue de vaisseaux variqueux très-visibles. Cette tumeur, tant qu'elle ne change pas de nature, est absolument indolente.

Ces squirrhes succèdent ordinairement à des contusions de la paupière, à des récidives fréquentes de blépharophthalmie, au tylosis, plus rarement aux chalazions. On les a combattus par les narcotiques, les antimoniaux, les mercuriaux, etc., mais le plus souvent sans le moindre succès.

Beer (1) considère le vrai squirrhe de la paupière comme un véritable *Noli me tangere* tant qu'il conserve sa nature bénigne.

Lorsque des causes mécaniques extérieures occasionent une inflammation du squirrhe des paupières, ou que, sans cause appréciable, il devient, chez des sujets cachectiques, etc., le siége de douleurs lancinantes, profondes et continues; quand la tumeur augmente de volume, et que les vaisseaux variqueux deviennent plus nombreux sur le squirrhe et les parties environnantes; lorsque la peau se décolore, et qu'on aperçoit, même dans la conjonctive oculaire, une rougeur variqueuse, livide et suspecte, enfin lorsqu'il s'y joint de la fièvre, il n'y a plus alors de doute à avoir sur le développement complet d'un cancer latent.

(1) L. c. 2, Thl., 149.

D'une excroissance verruqueuse, ou d'une petite tumeur bosselée, entourée de vaisseaux variqueux, il se forme quelquefois un véritable cancer de la paupière qui n'est pas précédé du squirrhe. Cette affection survient très-souvent à la suite d'une papule rebelle (*papula rebellis*), qui se montre sur quelque point de la paupière; quelquefois il en existe plusieurs dès le commencement, au nombre de quatre ou de six, qui sont juxtaposées, et semblent contribuer à accélérer la marche de la maladie. D'autres fois la cause première de cette affection consiste en une lésion légère, un coup, une escarrhe gangréneuse. Dans cette circonstance, la maladie ne commence pas toujours sur la paupière elle-même, mais sur un point plus ou moins éloigné, comme au front, aux tempes, etc., d'où elle gagne les paupières, les joues et les autres parties de la face. Au reste, ces cancers des paupières ne semblent, pour la plupart, s'étendre d'abord que dans l'épaisseur de la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais plus tard, lorsque rien n'arrête leur progrès, l'ulcération entourée de bords durs, semi-calleux, souvent dentelés, et garnie de granulations verruqueuses dans le centre, se propage aux organes situés plus profondément. La graisse de l'orbite est envahie; les muscles orbiculaire et élévateur de la paupière supérieure disparaissent, ceux de la joue sont détruits, et il en résulte un tiraillement oblique de la commissure des lèvres du côté affecté. Le maxillaire supérieur, les os propres du nez, une partie même du frontal, deviennent accessibles à la sonde et se découvrent. Pendant cet intervalle la cornée prend un aspect cadavéreux, et, bien que la vision s'exerce encore passablement dans le globe de l'œil, quelquefois cependant il offre déjà l'aspect d'un champignon à pédicule court, au milieu de l'orbite dépouillé de graisse. Mais bientôt il se racornit, diminue de volume, se retire au fond de l'orbite; et enfin, après plusieurs années de souffrances atroces, lorsque l'ulcération carcinomateuse s'est étendue vers la bouche, les tempes, sur la racine

du nez, et jusqu'à l'autre œil qui naguères était intact; lorsque presque la moitié de la face antérieure de la tête offre l'aspect d'un crâne imparfaitement décharné, la mort vient mettre un terme à cette horrible scène.

Les progrès de cette maladie seraient beaucoup plus rapides s'il ne survenait quelquefois un état stationnaire presque complet, qui peut se prolonger pendant des semaines et des mois. Dans ces momens de repos, le sentiment de brûlure, les douleurs térébrantes ou déchirantes qui se font surtout sentir le soir, diminuent de violence, et la fièvre qui existait déjà se dissipe.

Le *pronostic* est ici naturellement très-fâcheux, et le traitement que les médecins modernes restreignent à l'ablation complète de la partie de la paupière qu'on soupçonne être affectée de carcinôme, est lui-même fort douteux.

Si la maladie n'est pas encore très-avancée, si elle se borne à une petite portion de la paupière inférieure, il faut se hâter de pratiquer l'opération avant que le globe de l'œil ne participe à la désorganisation. Le siége du mal étant au commencement encore borné à la peau et au tissu cellulaire sous-jacent, l'opération est facile à exécuter, et elle est suivie de succès. Je n'ai observé à aucune époque autant de cancers de l'œil qu'en 1824. J'ai, pour ma part, soigné onze personnes affectées de cette maladie, et chez trois d'entre elles j'ai obtenu un succès complet de l'excision de la partie cancéreuse. Dans ces trois cas, le cancer siégeait à une distance plus ou moins considérable du bord de la paupière, en sorte que je pus facilement circonscrire la partie malade par une incision faite dans la peau saine; saisissant alors avec des pinces la partie désorganisée, je la séparai et l'enlevai avec le bistouri dont se sert Benedict pour ouvrir le sac lacrymal, en évitant soigneusement de me servir du tranchant de l'instrument sous la portion désorganisée; en la soulevant je cherchai au contraire, à la détacher avec le manche du bistouri, et j'y réussis complètement. Les paupières ayant ensuite été fermées au

moyen de bandelettes agglutinatives, je pansai la plaie avec de l'onguent digestif, et après la guérison il ne restait qu'une petite cicatrice blanchâtre et déprimée. Il est très-important en pratiquant l'excision de ces ulcères cancéreux d'enlever absolument toutes les parties suspectes, lors même qu'on ne pourrait le faire qu'aux dépens de la régularité de la forme des paupières; seulement l'opérateur aura la précaution d'annoncer d'avance à son malade la difformité qui en devra résulter. Dans tous les cas où j'ai exécuté l'opération, j'ai préalablement fait établir à chaque bras un exutoire assez considérable pour contenir deux à trois pois. Les médecins ne s'accordent pas sur le traitement qu'il convient de suivre quand la tumeur cancéreuse est tellement volumineuse qu'il faudrait enlever une portion considérable de la paupière. Maître-Jan, après lui M. Boyer, et plusieurs autres, ne veulent admettre qu'un traitement palliatif. Plusieurs raisons m'empêchent de partager leur avis : le cancer marche souvent d'une manière irrésistible, cause des douleurs violentes, corrode la peau du front, les parties contenues dans l'orbite, et occasione de terribles ravages. L'ablation de la paupière, il faut le dire, n'est pas sans de graves inconvéniens pour l'œil, mais on y peut néanmoins suppléer quelquefois, jusqu'à un certain point, en employant le procédé indiqué par le professeur Dzondi (1). Il y a environ sept semaines que je me servis de la poudre du frère Côme, en faisant prendre avec beaucoup de précaution l'arsenic à l'intérieur, chez un maréchal-ferrant, dont non-seulement la paupière inférieure, mais encore une partie assez considérable de la joue, étaient affectées de dégénération cancéreuse. La plus grande portion de l'ulcère guérit assez promptement; il ne reste plus qu'une petite excoriation à la paupière inférieure qui diminue de plus en plus, offre un bon aspect, et dont j'attends avec certitude la guérison complète (2).

(1) Voyez page 130.

(2) Malheureusement mon espoir a été trompé, car déjà au bout de

Dans les cas où l'opération est impraticable, où il n'y a pas d'autre amélioration à espérer, et où le malade est irrévocablement perdu, les médecins devraient tout tenter dans l'espoir de découvrir quelque moyen de guérir cette horrible maladie. DELARUE (1), se fondant sur un grand nombre d'expériences par lesquelles il a constaté que le soufre dépuré est un excellent remède dans beaucoup d'ulcères rongeans qui semblent se rapprocher de la nature du cancer, propose l'emploi de cette substance continué sans interruption pendant long-temps. Il commence par un demi-gros de soufre uni à un tiers de sucre dans un demi-verre de décoction d'herbes amères, dose qu'il faut administrer tous les jours, et élever insensiblement jusqu'à deux gros.

Parmi les moyens qui, d'après mon expérience, sont le plus propres à calmer les douleurs qui accompagnent cette affection terrible, je dois placer au premier rang l'opium; car, bien que plusieurs médecins n'aient pas observé sa propriété calmante dans cette maladie, c'est toujours avec ce médicament que j'ai le mieux réussi à éloigner les douleurs nocturnes atroces qu'éprouvaient mes malades. Je l'ai employé avec succès en applications extérieures, dissous dans une infusion de ciguë. Ces applications humides ne sont pas toujours supportées par des sujets leucophlegmatiques, dont l'aspect est pâle et bouffi. J'ai employé chez eux, comme calmant la pommade suivante :

℞ Opium pur . . . . ℈ ij.
Axonge . . . . ℥ß.
Acétate de plomb. . . . . ℈ j.
Mêlez.

cinq mois la petite plaie humide s'agrandit; les paupières, la joue, une partie de la peau du front, furent successivement envahies, et l'infortuné avance maintenant à grands pas vers le terme de son existence.

(1) *Cours complet des maladies des yeux*. Paris, 1820.

CHARBON DES PAUPIÈRES.

Carbunculus palpebrarum.

Cette maladie qui se montre quelquefois chez les individus appartenant à la classe du peuple la plus malpropre et la plus malheureuse, affecte communément la paupière supérieure. Elle consiste en un *furoncle inflammatoire*, qui passe à l'état de gangrène et se comporte de la manière suivante : Une tumeur rouge-foncé se développe ; elle s'accompagne de violentes douleurs pongitives et brûlantes ; il se manifeste à sa surface des vésicules grisâtres qui se rompent, et la tumeur est bientôt transformée en une cavité remplie de sanie ; souvent il ne se forme cependant point de vésicules sur la tumeur, mais celle-ci, après son développement, passe plus ou moins vite à l'état de gangrène, et présente une cavité d'où s'écoule une humeur sanieuse.

Les causes du charbon des paupières ont souvent leur source dans des fièvres de mauvaise nature, dans le scorbut, la peste, etc. Mais il semble, dans quelques circonstances, pouvoir être attribué à la complication de plusieurs diathèses ou dyscrasies, notamment à la diathèse arthritique, chez des personnes adonnées à tous les excès de l'ivrognerie et de la crapule, vivant dans des habitations humides et malpropres.

Il est naturel, d'après cela, que le pronostic ne soit pas favorable ; car si la mort n'est pas amenée par la fièvre grave, la paupière peut éprouver une perte de substance, d'où résulte un raccourcissement de cette partie (*lagophthalmos.*)

La gravité de cette affection réclame des médications externes et internes. Lorsque la douleur et la tension conservent leur violence, on applique des cataplasmes émolliens, on fait de légères scarifications sur les points gangrenés, on a re-

cours aux applications de décoction de quinquina avec le camphre et la teinture de myrrhe ; on donne à l'intérieur des acides minéraux unis au quinquina. Sous l'influence de ce traitement, il se développe des bourgeons charnus, et le tissu cellulaire détruit se régénère facilement ; cependant, pour prévenir le raccourcissement de la paupière, on doit avoir soin de tenir l'œil soigneusement fermé et les paupières tendues par de fortes bandelettes agglutinatives pendant toute la durée de la suppuration.

ŒDÈME DES PAUPIÈRES.

Œdema seu leucophlegmatia palpebrarum.

On observe l'œdème des paupières principalement à la suite des inflammations érysipélateuses de ces parties, après les ophthalmies qui surviennent dans le cours de la scarlatine. et à la suite de l'usage trop long-temps prolongé de fomentations et de cataplasmes émolliens dans différentes affections phlegmasiques des yeux, surtout lorsqu'on a l'imprudence de laisser refroidir ces topiques. L'œdème affecte principalement la paupière supérieure, il se caractérise par une tuméfaction molle, blafarde, pâteuse, insensible, qui conserve l'impression des doigts.

Des sachets remplis d'herbes aromatiques et sèches, avec et sans addition de camphre, ou de légères frictions avec de la flanelle imprégnée de fumée d'encens, de mastic ou d'autres résines aromatiques, suffisent pour guérir cette affection.

Lorsqu'une ophthalmie s'accompagne de l'œdème des paupières pendant la période active, les moyens que nous venons d'indiquer ne sont pas convenables ; il suffit alors de traiter l'inflammation, et l'œdème disparaît le plus souvent avec elle.

EMPHYSÈME DES PAUPIÈRES.

Le gonflement de paupières déterminé par la présence de gaz dans leur tissu cellulaire est un phénomène assez rare. Il se distingue de l'œdème de ces parties en ce que la tumeur loin d'être pâteuse, est élastique, et fait entendre un frémissement sous la pression du doigt. L'emphysème des paupières survient le plus souvent à la suite de contusions dans la région de l'angle interne de l'œil, violences à la suite desquelles est résulté une rupture d'un des conduits lacrymaux, par laquelle pénètre de l'air quand le malade se mouche avec force. Il est extraordinairement rare de voir l'emphysème de ces parties arriver sans contusions. Cependant j'en ai depuis peu observé un de la paupière supérieure, qui était survenu chez une femme de vingt-cinq ans, à la suite d'un éternuement violent.

Du reste, cette maladie est peu dangereuse par elle-même, et cède ordinairement très-vite à l'application de sachets d'herbes aromatiques sèches.

CHUTE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE.

Ptosis, Lapsus palpebræ superioris, Blepharoptosis. (Βλέφαρον *paupière, et* Πίπτω *tomber.*)

L'origine de cette incommodité consiste d'abord dans une laxité, un allongement des tégumens de la paupière supérieure, et dans un repli cutané qui en est le résultat, en même temps que le muscle élévateur de cette paupière a perdu un peu de sa force contractile. Dans ce cas, le malade ne peut relever que peu ou pas du tout la paupière, qui tombe au devant de la cornée; on peut néanmoins apercevoir les efforts que fait le muscle élévateur lorsque le malade veut

ouvrir les yeux si on supporte avec les doigts le repli cutané, sans cependant exercer aucune traction, le malade peut ouvrir l'œil, parce que le poids surabondant de la portion de peau inutile ne rend plus insuffisante la force du muscle élévateur.

Les causes qui occasionent alors la chute de la paupière, sont surtout des plaies horizontales du front, des tumeurs qui ont pendant long-temps distendu la peau de la paupière; le même résultat est produit par l'emploi trop prolongé des émolliens, surtout dans les ophthalmies scrophuleuses, et chez des sujets d'une constitution lâche et molle, etc. Quelquefois le *ptosis palpebræ* est congénial.

L'opération est ici le meilleur moyen de traitement : elle consiste à exciser le repli de la peau et à réunir ensuite la plaie. On a cependant aussi employé avec succès la cautérisation par l'acide sulfurique, le fer rouge, etc. Voici le meilleur procédé à suivre pour pratiquer cette opération :

Après avoir saisi avec une large pince appropriée à cet effet (1) la peau relâchée de la paupière de manière à ce que le malade puisse ouvrir et fermer l'œil facilement, on enlève d'un seul coup, au moyen de ciseaux genouillés, le lambeau de peau excédant (2). On arrête l'hémorrhagie, on applique des points de suture, (il est rare qu'il soit nécessaire d'en mettre plus de deux), et des bandelettes agglutinatives, afin d'obtenir une prompte réunion. LANGENBECK (3) conseille de ne laisser les fils que douze heures; on les retire à l'aide de pinces, après les avoir coupés avec de petits ciseaux, car à cette époque la réunion adhésive des bords de la plaie s'est déjà opérée. Si on laisse les fils plus long-temps, les points suppurent et souvent les paupières se tuméfient (4).

(1) Voyez planche V, fig. 1.

(2) Au reste, il est bon d'enlever plutôt un peu plus que moins.

(3) *Neue bibl. für die Chir. u. Ophthalmologie*, 1818, 1 Bd., 3 H., p. 427.

(4) D'après le résultat de mon expérience, il vaut mieux, quand on opère des malades peu tranquilles, laisser les sutures dix-sept à dix huit

Une seconde espèce de *Blepharoptosis* résulte du relâchement du muscle élévateur de la paupière supérieure, sans autre lésion organique (*Atoniatonblepharon*, *Atonia palpebræ*.) Rarement la paralysie de ce muscle est parfaite, si les muscles voisins n'y participent plus ou moins en même temps.

Lorsque les deux paupières sont pendantes au devant de la cornée, sans que le malade puisse les soulever, il y a le plus souvent une atonie ou une paralysie du muscle orbiculaire; alors le malade ne peut rapprocher que très-imparfaitement les deux paupières l'une de l'autre. Cette paralysie de la paupière (*blepharoplegia*) est souvent accompagnée d'une sensation de froid au dessus des sourcils, de céphalalgie du côté affecté, et assez souvent de traces de paralysie et de faiblesse dans les muscles environnans. La paupière paralysée est à peine œdémateuse; quand on la soulève avec le doigt, elle redescend lentement; le globe de l'œil lui-même a une expression de langueur, l'iris est lent à exécuter ses mouvemens, la pupille est dilatée et la vision affaiblie ou complètement abolie. Quelquefois les muscles de l'œil paraissent frappés de paralysie, tandis que la vision persiste; dans ce cas, ils laissent tomber le globe de l'œil hors de l'orbite (*Ophthalmoptosis paralytica*). Quelquefois la paralysie ne porte que sur l'un ou l'autre des muscles de l'œil; il y a strabisme, et le globe oculaire se dirige du côté où les muscles peuvent encore agir. Alors le malade voit les objets doubles, si en soulevant avec la main la paupière paralysée, il cherche à fixer sur eux les deux yeux à la fois. La paralysie de la langue, des muscles de la face, etc. qui accompagne quelquefois celle de la paupière, indique toujours une affection plus grave et plus profonde.

Les causes qui peuvent occasioner une atonie ou une para-

heures, parce que j'ai souvent trouvé, que chez ces personnes, les bords de la plaie n'étaient pas encore réunis douze heures après l'opération.

lysie des paupières sont variables. Souvent on a vu cette affection succéder à l'usage très-long-temps prolongé d'applications émollientes pour combattre des ophthalmies, ou à l'emploi continu d'un bandage trop serré qui maintenait les paupières dans un état d'occlusion. Une de ses causes les plus fréquentes est l'apoplexie : la chute de la paupière supérieure est alors ordinairement accompagnée de la paralysie de quelque autre partie. Elle se manifeste quelquefois chez des filles chlorotiques, et en général chez les sujets dont la fibre est lâche et molle, sans qu'on lui reconnaisse de cause apparente. Dans ce cas, rare à la vérité, on a vu cette chute de la paupière supérieure se présenter d'une manière périodique.

La guérison du *blépharoptosis*, lorsqu'il est léger, s'obtient souvent par un régime convenable, la respiration d'un air sec, l'usage modéré de boissons spiritueuses et les frictions faites sur la paupière avec une flanelle chaude. Dans les cas plus rebelles, on peut faire des frictions avec diverses substances stimulantes, telles que l'essence de serpolet, l'ammoniaque et l'eau de chaux, la teinture de cantharides; ou, selon le conseil de Reil, avec la préparation suivante :

℞ Huile de laurier. . . . . ℨ ij.
Huile de macis. . . . . ℨ j ß.
Huile de girofle. . . . . ℈ j.
Baume du Pérou. . . . . ℨ ij.
Mêlez et faites des frictions sur les tempes et sur les paupières.

Ou bien on se sert, d'après Conradi (1) de l'huile de fenouil avec du gaz ammoniaque. On a aussi retiré de grands avantages de douches dirigées sur l'occiput. Dans les cas très-rebelles, on peut mettre en usage le galvanisme, ou

(1) Arnemann, *Magazin der Wundarzneiwissenschaft*, 1 Bd., 1 St. S. 55.

le traitement indiqué par ADAM SCHMIDT (1). Ce médecin faisait appliquer entre l'angle de la mâchoire et l'apophyse mastoïde, un linge fenêtré dont l'ouverture avait un pouce de diamètre; il le recouvrait ensuite d'une pâte formée de potasse caustique et d'eau, et la laissait produire tout son effet, qui nécessite ordinairement trois ou quatre heures. Il pansait l'escarre noire qui en résultait avec de l'onguent digestif; et après sa chute, qui arrivait au bout de six à huit jours, il entretenait la suppuration pendant quinze jours ou un mois avec le même onguent; lorsque la suppuration s'arrêtait il pansait avec la teinture de cantharides ou le précipité rouge. Il se proposait ainsi d'exercer une stimulation sur quelques rameaux nerveux de la troisième branche de la cinquième paire, qui, comme on sait, fournissent des filets aux paupières.

Lorsque le *Blépharoptosis* dépend d'une affection générale, c'est à traiter celle-ci que doit s'attacher le médecin. Il faut par conséquent avoir égard aux causes qui dépendent de dyscrasies existantes; ainsi l'arthritis, par exemple, réclame l'emploi du *gaïac*, de la teinture de semences de *calchique*, etc., à l'intérieur, ainsi que de l'*huile de Sabine* à l'extérieur.

Si le blépharoptosis n'est que symptomatique d'une apoplexie sanguine, et que le médecin soit appelé de bonne heure, la saignée est indiquée, et, après elle, on emploie le *tartre stibié* à doses fractionnées, le *carbonate d'ammoniaque*, l'*arnica*, le *camphre*, la *valériane*, l'*huile animale éthérée*.

(1) *Nouvelle manière de guérir la paralysie et le spasme continu des paupières.* (Abhandl. der. k. k. med. chir. Josephsakademie su Wien, vol. 2, p. 365; de même dans la Bibl. ophthalmolog. de HIMLY et SCHMIDT.

SPASME DES PAUPIÈRES.

Spasmus palpebrarum, Blepharospasmus. (Βλέφαρον, *paupière, et* Σπάω *tirer, resserrer.*)

Bien que cette maladie ne mérite guère d'être traitée à part, attendu qu'elle ne se montre jamais que comme symptôme ou accident d'autres maladies, j'en dirai ici quelques mots afin que, sous le rapport du diagnostic, elle ne soit jamais confondue avec la chute de la paupière.

On nomme *Blepharospasmus* une contraction involontaire, subite, le plus souvent périodique, quelquefois douloureuse des deux paupières, dans laquelle la peau qui recouvre la paupière supérieure est froncée, tandis que les muscles qui entourent l'œil sont dans un état de contraction.

Ce spasme se manifeste principalement chez des personnes très-sensibles, plus souvent chez les enfans que chez les adultes, et chez la femme que chez l'homme. Il est quelquefois précédé d'hémicranie, de paracousie, etc. Lorsque les paupières sont dans un état de contraction, le médecin lui-même a de la peine à les ouvrir; si cet état spasmodique est continu, il peut souvent durer long-temps; on lui donne le nom de *Blepharospasmus tonicus;* mais s'il se manifeste par des mouvemens spasmodiques et alternatifs d'ouverture et d'occlusion des paupières, c'est-à-dire s'il est clonique, ce phénomène est désigné sous le nom de *Nictatio palpebrarum*, clignotement des paupières.

Les causes du spasme dépendent pour la plupart de maladies générales; c'est aussi la raison pour laquelle on trouve le blepharospasmus dans l'hypocondrie, l'hystérie, la danse de Saint-Guy, l'affection vermineuse, les ophthalmies scrophuleuses, etc. Chez les adultes, cette affection est souvent produite par le rhumatisme.

Le traitement se règle sur la maladie principale. Lorsque le blepharospasmus provient d'un rhumatisme, on se trouve bien de l'usage des bains généraux tièdes, auxquels on joint des frictions vigoureuses sur tout le corps avec de la flanelle ou de la laine, pendant et après le bain. Le même moyen peut servir dans presque toutes les affections spasmodiques des paupières, excepté dans le *Blepharospasmus* qui accompagne les ophthalmies scrophuleuses, où je l'ai trouvé jusqu'ici plutôt nuisible qu'utile. Lorsque le spasme persiste pendant long-temps, la méthode de Schmidt, indiquée contre le Blepharoptosis, l'emploi du caustique, est très-avantageux.

Il arrive aussi assez souvent qu'on guérit promptement le spasme par des moxas ou des vésicatoires appliqués à une plus ou moins grande distance de l'œil. Dans quelques cas où l'affection spasmodique paraît continuer par une sorte d'habitude, puisque les causes en ont été détruites, on obtient de bons effets des frictions faites avec des teintures stimulantes volatiles, et, chez les personnes très-sensibles, avec l'huile combinée à l'opium comme dans la préparation suivante :

℞ Opium pur. . . . . ℈ j à ʒ ß.
Huile d'amandes douces . . . ℥ ij.
Huile essentielle de camomille. ʒ ß.
Mêlez exactement.

Pour faire des frictions cinq ou six fois par jour sur la région de l'œil, et particulièrement au dessus des sourcils.

Si le spasme est occasioné par la présence de corps étrangers entre l'œil et les paupières, on se borne à suivre les règles indiquées pour le traitement de l'ophthalmie simple. Le clignotement des paupières est souvent congénial, d'autres fois il survient à la suite de la chute des sourcils et des cils.

IMPOSSIBILITÉ DE FERMER LES PAUPIÈRES.

Lagophthalmie, Lagophthalmos (Λαγωὸς *lièvre, et* Ο'φθαλμὸς *œil*), *Oculus léporinus*, (*œil de lièvre.*)

On désigne sous ce nom l'état anormal dans lequel la paupière supérieure, et plus rarement l'inférieure, étant raccourcie, ne peut plus recouvrir le globe de l'œil.

La cause de cette difformité consiste tantôt dans un état spasmodique du muscle élévateur de la paupière supérieure, tantôt dans un relâchement de la paupière elle-même, tantôt aussi dans des cicatrices vicieuses formées à la suite de plaies et ulcères des paupières, accompagnées de perte de substance. La lagophthalmie est rarement congéniale.

Le *pronostic* est souvent favorable, surtout si la maladie n'est pas le résultat d'un vice organique; mais lorsqu'elle est due à une perte de substance considérable éprouvée par la paupière, l'œil étant alors exposé à toutes les influences fâcheuses extérieures, il en peut résulter une ophthalmie, un obscurcissement et même une dessiccation de la cornée. Si le racourcissement est peu considérable, le pronostic est beaucoup plus favorable, au moins sous le rapport de la fonction de l'œil, parce que celui-ci ne restera que partiellement à découvert.

Le *traitement* consiste dans l'emploi des antispasmodiques, lorsque la lagophthalmie est due à un état de spasme; on met en usage des applications toniques si cette affection tient à un relâchement; mais les maladies générales qui sont la cause première du spasme ou de l'état de relâchement ne doivent pas être négligées.

Lorsqu'une partie de la paupière inférieure a été détruite, par suite d'ulcérations, etc., on peut essayer de former une paupière artificielle, d'après la méthode de Dzondi, avec un lambeau de peau pris sur la face; mais ce moyen de

suppléer à la perte de substance est toujours imparfait, et ne remédie qu'incomplètement à la difformité existante. On pratique, à cet effet, dans la peau voisine de la face, trois incisions de longueur variable, qui se réunissent entre elles sous des angles qui se rapprochent plus ou moins de l'angle droit, selon l'étendue et la forme qu'on veut donner au lambeau; leur direction peut, d'ailleurs, être tracée d'avance, soit avec de l'encre, soit avec tout autre liquide coloré; alors on sépare, avec soin, le lambeau sur ses trois côtés, d'avec les parties voisines et les muscles sous-jacens, de telle sorte que du quatrième côté il reste adhérent par une base assez large. Cela fait, on renverse en haut le lambeau détaché, et on le rapproche, au moyen de plusieurs petites aiguilles courbes, des deux bords latéraux de la perte de substance, qu'on a préalablement rafraîchis avec l'instrument tranchant. Lorsque le lambeau est parfaitement réuni avec les bords de la perte de substance, on détruit avec des ciseaux son ancien moyen d'union avec le reste de la peau de la face, et on donne à cette nouvelle paupière la forme la plus convenable possible. On ne doit pas perdre de vue que le lambeau qu'on taille sur la peau de la face doit toujours être un peu plus grand que la perte de substance qu'il est destiné à remplacer, car sans cette précaution, la nouvelle paupière pourrait se trouver trop petite, à cause de la rétraction qui a toujours lieu après la réunion. En général, cette opération, pour être suivie de succès, exige toujours la plus grande attention.

Dans les cas où la *lagophthalmie* est occasionée par des cicatrices de la peau qui recouvre les paupières, on a conseillé, comme dans l'*ectropion*, l'incision de la paupière et la dilatation mécanique de la plaie jusqu'à sa guérison; mais ce procédé a été rarement suivi de résultats satisfaisans. M. le professeur Dzondi (1) en a publié un, au moyen du-

(1) Beitrage zur Vervollkommnung der Heilkunde, 1816, p. 169. *Mémoire pour servir au perfectionnement de la médecine.*)

quel il a souvent guéri le raccourcissement de la paupière ou *ectropion*. Il consiste à faire exercer sur la cicatrice qui est souvent immobile, à cause de la petite quantité de tissu cellulaire sous-jacent, des tractions fortes et fréquentes, en différens sens, continuées pendant un ou deux mois, afin de la rendre plus mobile. Lorsqu'il a obtenu ce résultat, il fait à la cicatrice une incision horizontale dans toute son épaisseur, et détache avec le bistouri le tissu cellulaire sous-jacent, pour que rien ne s'oppose à l'écartement des bords de la plaie. Le jour où il fait cette opération, il panse à sec; mais les jours suivans il emploie la pommade de cantharides et l'onguent basilicon, ordinairement à quantités égales, afin de provoquer le développement d'un grand nombre de bourgeons charnus; ce pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures, ou même plus souvent, pendant quatre semaines, et on ne permet à la plaie de se cicatriser que lorsque les bourgeons charnus s'élèvent au moins d'une ligne au dessus du niveau de ses bords, et qu'ils sont assez fermes et assez consistans pour maintenir l'écartement des anciens bords de la plaie après la cicatrisation. Dans tous les cas les paupières doivent être tenues fermées pendant toute la durée du traitement, et distendues au moyen de bandelettes agglutinatives. Du reste, ce procédé appartient primitivement à CELSE, (lib. VII, § 9.), seulement la description qu'en donne cet auteur est moins détaillée.

RENVERSEMENT INTERNE DU BORD DES PAUPIÈRES.

Entropion (Ἐν, *dedans*, et Τρέπω, *tourner, renverser*), *Introversio palpebrarum*.

Cette affection consiste dans un renversement du bord libre de la paupière supérieure ou de la paupière inférieure, ou de toutes les deux à la fois; renversement tel, que l'arète

externe du cartilage tarse au lieu d'être éloignée du globe de l'œil, comme dans l'état ordinaire, le touche immédiatement; en même temps les cils sont dirigés vers lui, en sorte qu'ils sont en contact avec sa surface, (*trichiasis*), l'irritent, causent un larmoyement continuel, et, lorsque la maladie est négligée, peuvent amener facilement des ophthalmies chroniques fâcheuses, et des obscurcissemens, (*pannus*), de la cornée. Ordinairement l'introversion a lieu dans toute l'étendue du bord de la paupière supérieure ou inférieure, ou de toutes les deux à la fois. Il est rare de voir des *entropions* n'occuper qu'une partie d'une paupière; et toutes les fois que j'en ai observé, ils siégaient vers l'angle externe de l'œil.

Les principales causes de l'entropion sont le relâchement ou le prolongement de la peau des paupières, les ophthalmies de différentes espèces, qui finissent par intéresser le cartilage tarse, le courber et opérer une sorte de racornissement de son tissu.

Le racornissement du cartilage tarse et l'*entropion* consécutif sont dus le plus souvent à des *psorophthalmies chroniques* tout-à-fait négligées et à des *blépharophthalmies scrophuleuses*, surtout lorsque ces affections sont accompagnées d'ulcérations considérables du bord des paupières, et lorsque ceux-ci sont chargés de croûtes épaisses que les malades laissent s'accumuler pendant plusieurs jours sans songer à les enlever et à entretenir la propreté des parties affectées. En laissant ainsi les ulcérations s'étendre dans tous les sens, le périchondre du cartilage tarse, ou ce cartilage lui-même, sont affectés et détruits en partie; d'où résultent, lorsque la guérison est enfin opérée, des cicatrices et des rétractions qui constituent l'*entropion*. On reconnaît que cette maladie est le résultat d'un racornissement du tarse, à ce que la direction vicieuse du bord de la paupière persiste encore, lors même que celle-ci est tirée en dehors avec les doigts; la membrane interne du bord palpébral est calleuse, et offre en général des enfoncemens sur plusieurs points, qui sont le produit des an-

ciennes ulcérations. Les cils tombent souvent en partie; cet accident se montre déjà lors même que la maladie se développe; ils sont ensuite remplacés par d'autres plus fins, soit après la guérison et la cicatrisation du bord des paupières, soit même avant qu'elle n'ait eu lieu complètement; mais ces nouveaux cils sont ordinairement distribués d'une manière irrégulière. On voit quelquefois l'*entropion* succéder à une ophthalmie sans que le cartilage tarse soit affecté, chez les malades dont les occupations exigent qu'ils aient les yeux continuellement dirigés sur des objets très-petits ou brillans, ce qui les oblige à contracter fréquemment le muscle orbiculaire des paupières. Les racourcissemens de la face interne des paupières résultant de cicatrices, etc., ou certaines tumeurs développées à leur surface, occasionnent assez souvent une introversion des bords palpébraux.

Si l'*entropion* dépend uniquement d'un relâchement ou prolongement de la peau, ou d'une rétraction de la membrane interne de la paupière (1), et que celle-ci puisse être ramenée à sa position naturelle, en pinçant et en écartant la peau; il est avantageux de suivre le procédé opératoire employé dans la chute de la paupière (*ptosis palpebræ*), qui consiste à réséquer le lambeau excédant et à réunir ensuite la plaie par première intention (2); méthode qui a déjà été indiquée par Celse (3).

L'introversion des paupières affectant des vieillards d'une

(1) Dans l'avant-dernier cas, l'entropion est accompagné de *blepharoptosis*.

(2) Demours (*Traité des maladies des yeux*, avec des planches coloriées représentant ces maladies d'après nature, Paris, 1818, t. 1, p. 106), assure avoir guéri les *entropions* dépendans d'une extrême laxité de la peau survenue à la suite d'œdème du tissu cellulaire, par la méthode connue depuis long-temps, c'est-à-dire au moyen de deux à trois bandelettes de taffetas gommé (taffetas d'Angleterre). Il dit avoir quelquefois réussi par ce moyen dans l'espace de vingt jours.

(3) Lib. VII, §. 8.

constitution molle, lorsqu'elle est encore à son début et qu'elle dépend d'une affection paralytique, peut, dans certains cas être guérie par l'usage de quelque irritant, tel que la teinture de cantharides, etc.

Il est cependant encore plusieurs moyens de guérir cette affection : je vais indiquer les plus importans. Si l'*entropion* dépend d'un relâchement de la peau des paupières ou des muscles qui les font mouvoir, on peut employer la méthode préconisée par HELLING (1) : elle consiste dans l'application de l'acide sulfurique concentré. Bien que ce moyen soit loin d'être infaillible, il a pourtant été mis en usage avec succès par plusieurs médecins, et notamment par QUADRI, à Naples, qui, dans son ouvrage intitulé : *Annotazioni pratiche sulle malattie degli occhi* 1819, *p*. 67, décrit la manière dont il l'a employé, et cite plusieurs observations. Voici comment il procède dans son application :

Après avoir placé une bandelette agglutinative de manière à empêcher l'acide sulfurique de pénétrer dans l'œil, il étend sur la peau de la paupière, au moyen d'un petit morceau de bois, une goutte d'acide sulfurique concentré, de manière à recouvrir une surface ovale large d'un quart de pouce, et un peu plus longue que la ligne occupée par les cils tournés en dedans. Lorsque dix secondes se sont à peine écoulées depuis l'application de l'acide, il essuie la paupière avec précaution pour qu'il ne s'étende pas plus loin. Il en applique de nouveau et de la même manière, une seconde gouttelette, ayant soin de l'étendre de façon à recouvrir une surface un peu plus considérable. Si, après cette application, la peau de la paupière se rétracte, si les cils commencent à s'éloigner du globe de l'œil, et ne le touchent plus, il enlève l'acide; si, au contraire, ils tardent encore à s'écarter, il fait une ou deux nouvelles applications. Lorsque les cils commencent à s'éloigner du globe de l'œil, il les noue en trois ou quatre faisceaux

(1) Voyez *Hufeland's Journal*, 40 Bd., 4 St., p. 98.

au moyen de fils de soie qu'il fixe au front, pour retenir ces poils en dehors et élever la paupière. D'après ce que j'ai vu, cette dernière opération est rarement praticable, parce qu'il arrive souvent que les fils de soie se détachent au moindre clignotement.

Une autre ancienne méthode, indiquée d'abord par Bartisch, consiste à saisir le lambeau de peau excédant, avec une machine à compression dans laquelle on le laisse tomber en mortification. De nos jours cette méthode a été employée par Demours, avec une modification qui consiste à remplacer la machine informe, par un fil d'archal tordu sur lui-même (1).

L'emploi du fer rouge a un résultat analogue, seulement il est beaucoup plus dangereux dans le voisinage d'un organe aussi délicat. On touche la paupière avec le fer rouge dans le but de déterminer une rétraction et une cicatrisation accompagnée de racourcissement de ses tégumens extérieurs. J. Ware (*Chirurgical observations, etc.*) est allé encore plus loin : dans un cas où il attribuait la cause de l'*entropion* à un relâchement du muscle élévateur de la paupière, il mit ce muscle à nu, le toucha avec un fer rouge, ce qui détermina une rétraction et guérit la maladie. On ne doit pas être étonné de ce résultat, car même la méthode de Scarpa, qui consiste à exciser un lambeau de peau de la paupière et à laisser la plaie se cicatriser sans employer de suture, est quelquefois suivie de succès. Le traitement de Wardrop (2) qui consiste à inciser l'angle externe des paupières, et à rendre par ce moyen leur direction normale aux bords renversés, n'offre des chances de succès que dans un petit nombre de cas.

Mais si l'*entropion* est le résultat de la récidive fréquente

(1) L. c., t. IV, pl. 62.

(2) Voyez Himly's *Bibliothek fur Ophtalmologie*, etc. Hannover, 1816, 1 Bd., 1 St., S. 57.

des blépharoblennorrhées, et surtout des blépharoblennorrhées scrophuleuses qui ont produit un racornissement et une courbure du cartilage tarse, si le bord rouge, difforme et tuméfié de la paupière ne se laisse pas réduire par les tractions et le soulèvement de la peau, si au contraire il reste toujours dirigé contre le globe de l'œil, alors il y a peu de chance de guérison. Les oculistes les plus expérimentés rangent cette maladie parmi les affections qu'on guérit le moins facilement, et recommandent, s'il y a des cils dirigés contre le globe de l'œil, de les arracher, dans le but de garantir cet organe de l'irritation qu'ils occasionnent par leur frottement et afin de prévenir la formation d'un *pannus*.

Dans ces derniers temps on a employé avec succès en Angleterre un procédé que je m'empresse de décrire. Le docteur Saunders (1), considérant que le muscle élévateur de la paupière supérieure s'insère aux tégumens et à la conjonctive de la paupière, a pratiqué de la manière suivante l'excision complète du cartilage tarse, racorni et contourné sur lui-même. Après avoir introduit entre la paupière et le globe de l'œil une plaque mince de corne ou d'argent, offrant une courbure analogue à celle de la paupière, il tend celle-ci, incise les tégumens extérieurs et le muscle orbiculaire, dans la direction du cartilage tarse, immédiatement au dessus des racines des cils; il dissèque ensuite avec précaution la surface externe de ce cartilage, jusqu'à ce que son bord orbitaire soit mis à nu; il divise la conjonctive et les parties latérales, après quoi il ne reste plus qu'à couper le cartilage tarse, en ayant la précaution de ne pas intéresser le point lacrymal.

Les tégumens et la conjonctive guérissent ensuite en peu de jours; mais chaque fois qu'il arriva à Saunders de faire cette opération, il se développa sur la plaie résultant de l'incision un fongus d'un volume considérable, qu'il détruisait facilement par les caustiques, et mieux encore par le bistouri.

(1) L. c., p. 85.

Lorsqu'une petite cicatrice ayant son siége à la face interne du cartilage tarse donne lieu à un *entropion partiel*, et que les cils irritent considérablement le globe de l'œil, SAUNDERS (1) enlève, sur la partie de la paupière qui offre un renversement en dedans, une portion de peau assez considérable pour emporter en même temps les bulbes des cils correspondans.

INTROVERSION DES CILS.

Trichiasis; *Trichosis* (Θριξ, *cheveu*, *poil*; Τριχιάω, *avoir mal aux cheveux, aux poils*) *et distichiasis*, *double rangée de cils*, *phalangosis* (*de* GALIEN.)

On donne le nom de *trichiasis* à une affection qui consiste dans la direction plus ou moins irrégulière des cils qui sont tournés vers le globe de l'œil. Cette disposition vicieuse se montre le plus souvent à la paupière inférieure; elle s'étend à tous les cils, *trichiasis totalis*, (ce qui est assez rare, excepté dans les cas où le *trichiasis* est la suite d'un *entropion*); ou bien la maladie consiste seulement dans la déviation de quelques cils, qui sont dirigés vers le globe de l'œil, *trichiasis partilis*; et dans ce dernier cas, le diagnostic n'est pas toujours facile. L'introversion des cils occasione une irritation continuelle de la face antérieure du globe de l'œil, qui s'accompagne assez souvent d'épiphora, de douleurs et d'inflammation, de *pannus*, de taies et d'ulcérations de la cornée.

Le *distichiasis* ou *phalangosis* est cet état où, indépendamment de la rangée ordinaire des cils, il y en a encore une autre plus ou moins complète qui se dirige vers le globe de l'œil et exerce des frottemens à sa surface. On a aussi donné cette dénomination à une aberration des cils, qui consiste en ce que quelques-uns sont tournés en avant, d'autres

(1) L. c., p. 86.

en arrière, et figurent ainsi deux rangées, bien qu'il n'en existe réellement qu'une. La *première variété* ou le *distichiasis* proprement dit, coïncide quelquefois avec le développement de poils sur la conjonctive du globe de l'œil ou des parties environnantes (1); il est tellement rare, que de célèbres médecins comme Scarpa, etc., ne l'ont jamais observé, et doutent de son existence, tandis qu'il a été vu plusieurs fois par d'autres, tels que Demours, qui l'a rencontré plus de vingt fois, et Beer qui le voyait plusieurs fois chaque année. Mais s'il n'est pas fréquent que les cils soient disposés de manière à former deux rangées parfaites, il y en a quelquefois au contraire trois rangées (*tristichiasis*), et dans des cas rares il y en a jusqu'à quatre (*tetrastichiasis*), dont les exemples ont été rapportés par Albinus (2) et Quadri (3). Mais ces sortes de distinctions sont assez peu essentielles (4).

Indépendamment de ce que l'*entropion* est toujours accompagné de *trichiasis*, celui-ci reconnaît encore d'autres causes. Ainsi il est souvent occasioné par des blépharobleunorrhées

(1) Ces productions pileuses développées dans des endroits insolites ont été décrites par plusieurs médecins. Ainsi De Gazelles (*Journal de médecine*, t. XXIV) a vu un poil naissant de la cornée qui repoussait à chaque fois qu'on l'arrachait. Wardrop (l. c., p. 30) a observé des poils développés sur des excroissances de la cornée; et Himly en a vu sur des excroissances de la conjonctive. Albinus (*Acad.annot.*, lib. III, cap. VIII) et Morgagni ont observé de ces poils sur la caroncule lacrymale. Demours et d'autres en ont vu sur la cornée, sur la sclérotique, etc. Wardrop et Demours ont publié des figures de ces cas. Il arrive souvent que le bord des paupières produit extraordinairement des poils qui irritent le globe de l'œil, en sorte qu'ils viennent encore augmenter les effets du *trichiasis*. Quoiqu'en aient dit Maître-Jan et le professeur Troja, l'expérience vient démontrer la réalité de ce fait.

(2) *Acad. annotationes*, lib. III, cap. VII.

(3) L. c.

(4) J'ai souvent observé le distiachiasis et le tristichiasis des cils, mais j'ai toujours trouvé que les poils anormaux étaient constamment plus minces, plus délicats, plus mous et plus pâles que les cils réguliers; aussi les ai-je rarement vus être aussi bien arqués que ces derniers.

scrophuleuses négligées, par des psorophthalmies, etc., accompagnées d'ulcérations du bord des paupières qui, dans ce cas, devient calleux et souvent très-difforme, à cause des cicatrices que les ulcérations laissent après elles; d'où il résulte que les cils sont éloignés de leur direction naturelle, et sont souvent obligés de se développer vers l'arête interne du bord palpébral. Mais quelquefois les bulbes des cils n'offrent aucune altération, et ceux-ci ne se recourbent vers le globe de l'œil qu'à leur sortie du bord de la paupière; c'est ce qu'on observe quelquefois dans des blépharoblennorhées tout-à-fait simples, sans excoriations ni cicatrices, lorsque les malades, ayant les cils collés et réunis ensemble, se tiennent constamment couchés sur le visage.

Le pronostic à porter sur le *trichisiasis* est favorable quand cette affection n'est pas le résultat d'une difformité du bord palpébral; mais s'il est dû à une semblable cause, la guérison radicale est rarement possible (1).

On en obtient la guérison en arrachant avec une pince à

(1) M. le docteur Jæger, de Vienne, vient de proposer l'opération suivante, qu'il a pratiquée plusieurs fois avec succès, pour guérir le *trichiasis* complet résultant d'une difformité du bord palpébral. Je vais indiquer son procédé tel qu'il a été modifié par moi et par d'autres. Un aide tend doucement et tire un peu en haut la paupière malade, en se servant des doigts indicateur et médius de la main gauche; l'opérateur, procédant de la même manière vers l'angle externe de l'œil, divise ensuite les tégumens généraux (au moyen d'un petit bistouri à tranchant convexe), à environ une demi-ligne au dessus du bord palpébral et dans sa direction, en partant de l'angle externe s'il opère sur l'œil droit, et de l'angle interne s'il opère sur l'œil gauche. Après avoir abstergé le sang avec une éponge imprégnée d'eau froide, l'opérateur saisit avec de bonnes pinces le bord inférieur de la plaie, vers l'angle qui se trouve le mieux à portée de sa main, il le dissèque doucement avec le bistouri jusque sur le cartilage tarse, en ayant la précaution de ménager les points lacrymaux. Après avoir soigneusement examiné la plaie pour extirper les bulbes des cils, s'il s'en trouve immédiatement au dessous du cartilage tarse, il recouvre la paupière d'une compresse imbibée d'eau froide, et continue ensuite ce pansement.

Pour avoir un appui sûr pendant cette opération qui est assez pénible,

poils (1) peu à peu, mais souvent, les cils dont la direction est vicieuse. En conséquence, on les saisit un à un, aussi près que possible du bord de la paupière, et on les arrache par une traction subite, forte et opérée dans la direction du bulbe. Lorsque la direction des bulbes des cils n'est pas vicieuse (comme cela a lieu le plus souvent quand le bord de la paupière n'est le siége d'aucune difformité), les cils qui poussent par la suite reprennent une direction convenable. Dans tous les autres cas l'avulsion de ces poils n'est qu'un moyen palliatif; mais elle peut devenir un moyen de guérison radicale, si on la répète souvent, puisque CALLISEN (2), ROWELEY (3), BEER, etc., ont vu, surtout chez des jeunes sujets, les cils et les faux cils ne plus se reproduire, après avoir été arrachés plusieurs fois de suite (*). Du reste, pour que cette extraction soit suivie du résultat désiré, il faut non-seulement saisir les

il est bon de glisser entre la paupière et le globe de l'œil une plaque de corne ou de bois en forme de cuiller, et offrant une courbure accommodée à la convexité du globe de l'œil. ZANG (*Darstellung blut. keilk. Operationen*, 2Bd.) a décrit et figuré un instrument analogue. SAUNDERS se sert d'une semblable plaque pour l'excision (voy. entropion). Je vis pratiquer cette opération, dans l'été de 1817, à la clinique du professeur BEER, par M. le docteur ROSZA; mais un voyage que j'entrepris immédiatement après dans le midi de l'Europe, m'empêcha d'en observer le résultat.

(1) Pour éviter une trop grande irritation, on ne doit arracher que trois ou quatre cils chaque jour.

(2) Voyez son Manuel de chirurgie écrit en latin.

(3) *Disease of the eyes.*

(*) Le moyen le plus sûr pour empêcher les cils de se reproduire après les avoir arrachés, consiste à cautériser le bulbe restant dans la paupière avec une aiguille chauffée à blanc. Le procédé ingénieux dont se sert à cet effet M. le docteur CHAMPESNE mérite la préférence pour cette petite opération. Il consiste en une aiguille fixée sur un petit globe d'acier supporté lui-même par un manche du même métal. Cet instrument ayant été chauffé, on peut cautériser assez long-temps avec l'aiguille, le globe continuant à lui fournir du calorique à mesure qu'elle en perd. *(N. d. Tr.)*

cils aussi près que possible de leur point d'insertion, avec une pince mousse, mais il faut encore les arracher d'un trait, et en suivant exactement la direction dans laquelle ils sortent de la paupière. Si on n'emploie pas ces précautions, il n'est pas étonnant que les cils, venant à se rompre au lieu d'être extraits en entier, les espèces de tronçons qui restent dans la peau irritent l'œil encore plus qu'auparavant. Le *trichiasis* qui accompagne l'*entropion* ne peut disparaître que par la guérison du dernier (*).

(*) VACCA BERLINGHIERI (*) a fréquemment réussi à guérir complétement le trichiasis par l'opération suivante. Il s'assurait du nombre de cils déviés et traçait ensuite avec de l'encre sur la face externe de la paupière une ligne parallèle à son bord libre et à la distance d'un quart de ligne; il la prolongeait exactement dans toute l'étendue de la portion de paupière occupée par les cils surnuméraires. Il plaçait entre la paupière et le globe de l'œil une plaque de corne ou d'ivoire, légèrement concave sur un côté, convexe sur l'autre, ressemblant à peu près à une cuiller, mais plus arrondie à son extrémité. La face convexe de cette plaque était creusée d'une rainure, dans laquelle était reçu le bord libre de la paupière, qu'un aide fixait en pressant sur les deux angles de l'œil, avec les doigts *medius* et *indicateur* de la main droite pour l'œil droit, *et vice versâ*, tandis qu'avec l'autre main il assujétissait le manche de la plaque au devant de la joue. L'opérateur faisait, à chacune des extrémités du trait marqué avec l'encre, une petite incision verticale d'une ligne et demie, qui n'intéressait que l'épaisseur de la peau et se terminait au bord libre de la paupière. Il réunissait ensuite ces deux incisions par une troisième qui était parallèle au bord palpébral, et était faite immédiatement au dessus de la ligne préalablement tracée. Il soulevait ensuite le lambeau qui en résultait, en le disséquant, et le renversait, pour mettre à découvert les bulbes des cils. Après avoir soigneusement épongé le sang, il saisissait avec des pinces chacune des bulbes qui donnait naissance aux cils déviés, et les excisait soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux; après cette opération, il réappliquait le lambeau et le maintenait avec une bandelette de taffetas gommé appliquée sur plusieurs cils liés ensemble. Dans un cas, VACCA, au lieu d'exciser les bulbes, se contenta de les cautériser. Il arrachait ordinairement les cils dont il venait de détruire les bulbes, immédiatement après cette opération. (*N. d. Tr.*)

(*) *Annali universali di medecina*, etc. 1825.

RENVERSEMENT EN DEHORS DE LA PAUPIÈRE.

Ectropion (Ἐκτρόπιον, *de* Ἐκ *hors de*, *et* Τρέπω *tourner*, *retourner*), *Ectropium*, *Inversio palpebrarum*.

Cette maladie qui consiste dans un renversement en dehors de la face interne des paupières (1), affecte le plus souvent la paupière inférieure. Elle est non-seulement très-incommode par elle-même, mais elle occasione encore presque toujours un larmoiement, lorsqu'elle a son siége à la paupière inférieure, parce qu'alors la gouttière qu'elle forme dans l'état naturel, et qui sert à diriger les larmes vers le point lacrymal inférieur, n'existe plus.

La cause de cette maladie consiste souvent dans un raccourcissement de la peau des paupières occasioné par des plaies, des ulcères, etc. ; dans ce cas elle est assez fréquemment accompagnée de *lagophthalmie*. Elle peut aussi dépendre d'un prolongement et d'une distension de la membrane interne des paupières, avec tuméfaction considérable de la conjonctive, occasionés par des tumeurs athéromateuses et sarcomateuses, ou par des végétations charnues de toute la conjonctive palpébrale (*ectropium sarcomatosum vel luxurians*), qui sont souvent dues elles-mêmes à une blépharoblennorrhée, à des ophthalmies blennorrhagiques (*ophthalmia gonorrhoica*), scrophuleuses, ou encore à une ophthalmie simple, qui s'accompagnent d'une grande tuméfaction de la conjonctive. Quelquefois la blépharophthalmie glanduleuse simple donne lieu à un ectropion de la paupière, surtout chez les sujets âgés et d'une constitution molle, dont les commissures palpébrales ont été corrodées peu à peu; c'est ce qu'on

(1) Voyez pl. I, fig. I.

a nommé *ectropium senile*. On donne encore le même nom à l'*ectropion* des vieillards, produit par une paralysie du muscle orbiculaire.

Le pronostic est très-défavorable dans les ectropions déterminés par des cicatrices et des raccourcissemens des parties externes des paupières; la difformité est alors le plus souvent incurable. On peut presqu'en dire autant de l'*ectropium senile*. L'*ectropium sarcomatosum*, au contraire, est d'un pronostic beaucoup plus favorable, surtout s'il est récent; on peut encore, le plus souvent, lorsqu'il est ancien, le guérir sans beaucoup de difficulté.

Il est très-douteux qu'on parvienne à en obtenir la guérison, si la maladie est occasionée par des cicatrices aux paupières. On a recommandé alors l'incision horizontale des tégumens des paupières et l'écartement des bords de la plaie, mais on n'a pas obtenu de grands avantages de ce procédé. On a mieux réussi en enlevant des portions de la conjonctive qui faisaient saillie au dehors. On a également fait l'excision des cicatrices extérieures, dans les cas où cela était praticable, en laissant ensuite guérir la plaie après avoir réduit l'ectropion.

Tous les moyens proposés, pour ramollir et distendre les cicatrices, sont sans aucun effet; cependant on parvient quelquefois à force de persévérance, à ramollir et alonger les parties de la paupière qui ne sont pas comprises par la cicatrice, en employant les moyens convenables. Mais ce procédé ne peut guère réussir que lorsque toute la paupière est renversée. Lorsqu'on veut par ce procédé guérir des ectropions partiels, causés par des cicatrices, il faut d'abord détruire les végétations sarcomateuses de la conjonctive qui tapisse la paupière malade, s'il en existe, et ne chercher à réduire l'ectropion que lorsqu'on a obtenu ce résultat. Il faut en même temps maintenir la paupière dans sa position naturelle, en les tenant fermées toutes les deux, au moyen de bandelettes agglutinatives convenablement appliquées. On fait toutes les trois ou quatre heures des frictions sur la face externe de celle qui est

affectée, avec une huile non siccative, telle que celle d'olives ou d'amandes; on peut encore employer une graisse ou de l'axonge récente. On doit veiller à ce que les bandelettes restent uniformément appliquées, et on ne doit les renouveler que tous les deux jours. Du reste, il est à peine nécessaire de faire remarquer que la guérison de cette affection exige plusieurs semaines, et même des mois entiers, selon qu'elle est plus ou moins considérable, et que, pendant tout ce temps, le traitement ne doit pas être interrompu.

L'ectropion qui est dû à un relâchement ou à une paralysie du muscle orbiculaire, se rencontre le plus souvent chez les vieillards, et toujours à la paupière inférieure seulement. Il se distingue de celui qui reconnaît d'autres causes, en ce que, bien que la maladie persiste pendant long-temps, il ne se forme que peu ou point de végétations sarcomateuses sur l'ectropion, quoiqu'il soit fort rouge, et qu'il offre plus de vaisseaux sanguins que la surface interne (*pagina interna*) d'une paupière saine; excepté cependant les cas où les bords de la paupière sont sous l'influence d'une dyscrasie accidentelle, et lorsque le malade est malpropre et fait des excès en boissons alcooliques.

La guérison de l'ectropion qui est causé par une paralysie du muscle orbiculaire, n'est pas toujours possible; alors même qu'on parvient à rémédier à cette difformité, on n'obtient que très-lentement le résultat désiré. Les moyens les plus convenables consistent en frictions que l'on fait sur la peau de la paupière avec des substances stimulantes, spiritueuses et huileuses, telles que l'huile animale de Dippel, celle de fenouil, de cajeput; une solution d'ammoniaque caustique, l'éther sulfurique, l'huile essentielle d'angélique composée, la teinture de cantharides, etc. J'ai aussi vu obtenir quelquefois de bons effets de l'emploi de l'électricité. Il est toujours nécessaire, quand on fait usage de ces moyens, d'opérer en même temps la réduction de la paupière renversée, et de la

maintenir en position pendant long-temps par des bandelettes agglutinatives.

L'ectropion qui reconnaît pour cause une plaie des commissures des paupières, doit être réduit et traité selon les règles indiquées pour les plaies de ces parties.

Pour guérir l'*ectropium sarcomatosum*, il convient, si la maladie est encore récente, d'humecter tous les jours les végétations encore sensibles, avec de la teinture d'opium simple, que l'on combine plus tard avec de l'éther sulfurique; on arrive ensuite à employer des pommades dans lesquelles on fait entrer de faibles proportions de deutoxide de mercure, que l'on remplace par l'usage de la pierre infernale, à laquelle on substitue enfin le chlorure d'antimoine. Lorsque les parties sont tout-à-fait insensibles, il faut les scarifier préalablement. Si les végétations sont dures, granuleuses, insensibles et très-anciennes, on attire les tumeurs avec une airigne, loin de la paupière, et on les coupe le plus près possible du cartilage tarse, en ayant soin de ne pas intéresser celui-ci. La paupière reprend alors sa position naturelle ; elle s'enflamme légèrement et guérit en peu de jours. Dans des cas rebelles, ou lorsque les végétations granuleuses n'ont pas été entièrement enlevées, il devient quelquefois nécessaire d'appliquer la pierre infernale, soit immédiatement, soit peu de temps après cette opération. Quand la paupière est sous l'influence de certaines dyscrasies, on doit chercher à les combattre, avec les moyens conseillés par les gens de l'art, si l'on veut être à l'abri de toutes récidives.

On trouve quelquefois des ectropions de la paupière inférieure survenus chez des vieillards, à la suite d'une blépharophthalmie glanduleuse négligée, qui sont entretenus et aggravés par l'usage continuel d'alimens excitans et de boissons spiritueuses. Lorsque ces sortes d'ectropions restent dix ans et plus sans être guéris, comme cela arrive quelquefois, on voit non-seulement alors des végétations sarcomateuses considérables sur la paupière renversée, mais

celle-ci et le muscle orbiculaire sont dans un état de relâchement voisin de la paralysie parfaite, qui paraît être produit par la longue inaction de ces parties. A cet accident se joint un véritable prolongement du bord de la paupière, déterminé non par la destruction, mais par la distension des ligamens interpalpébraux. Cette circonstance rend non-seulement la guérison difficile, mais impossible par les moyens employés jusqu'ici; car, soit qu'on détruise les végétations sarcomateuses de la conjonctive qui peu à peu étaient devenues dures, granuleuses et même cartilaginiformes: ou qu'on réduise la paupière et qu'on la maintienne dans cet état, en tenant les deux paupières fermées au moyen de bandelettes agglutinatives; soit encore qu'on employe d'une manière continue les frictions stimulantes à la face externe de la paupière, afin de combattre le relâchement, l'ectropion existera toujours, puisque le véritable prolongement du bord palpébral ne peut être guéri par aucun de ces moyens. On ne doit pas en espérer plus d'avantages contre le relâchement de la peau des paupières qui, chez des personnes âgées, est devenue ridée et pendante par suite de la longue durée de la maladie. Dans ces cas qui sont assez fréquens, et dont le diagnostic se tire de l'étude exacte des signes commémoratifs, j'ai employé, avec beaucoup de succès, le procédé suivant. Après avoir saisi les végétations dures et sarcomateuses de la conjonctive, avec une airigne semblable à celle dont on se sert pour l'extirpation des tumeurs enkystées des paupières, j'enlève, le mieux possible, ces productions avec le petit bistouri dont Benedict fait usage pour ouvrir le sac lacrymal, et je fais, au milieu de la paupière, la résection d'une portion du cartilage tarse, de la longueur d'environ deux lignes, en ayant soin de ne pas intéresser l'arête externe du bord de la paupière; je réduis ensuite l'ectropion, et je maintiens celle-ci dans sa situation naturelle, au moyen de bandelettes agglutinatives qu'on renouvelle tous les jours avec soin, jusqu'à l'entière cicatri-

sation. Lorsque cela est nécessaire, je fais non-seulement continuer l'emploi de ce moyen après la guérison, mais je prescris aussi les frictions stimulantes et spiritueuses. Jusqu'à présent, dans tous les cas où j'ai suivi cette marche, l'*ectropion* a été guéri d'une manière durable; il n'en est résulté qu'un petit sillon du bord palpébral dans le point où le tarse avait été excisé. Le principe sur lequel repose ce procédé opératoire, est ce fait d'expérience, que toute plaie avec perte de substance, si les bords n'en sont pas tenus écartés par la contraction des fibres musculaires divisées, se réunit par le rapprochement de ses bords pendant la cicatrisation.

On obtient aussi ce résultat après la réduction de l'ectropion; le bord palpébral reprend sa disposition naturelle, et reste appliqué contre le globe oculaire. On a beaucoup trop redouté jusqu'à présent les lésions artificielles du cartilage tarse. Comme ce n'est pas ici le lieu de traiter en détail de ce procédé opératoire, je me propose de le faire dans un ouvrage périodique que je publie sous le titre : *Icones ophthalmologicæ seu selecta circà morbos oculi humani*, dont le premier cahier est en ce moment sous presse.

ADHÉRENCE DES BORDS DES PAUPIÈRES ENTRE EUX.

Ankyloblepharon (Ἀγκύλη, *attache*, *moyen d'union*, Βλέφαρον, *paupière*); *Adhérence du globe de l'œil avec les paupières*, *Symblepharon*, *Prophysis*, *Enothes.*

Nous pensons que la dénomination donnée à ces deux affections n'a pas besoin d'être définie.

On distingue l'adhérence complète de l'adhérence incomplète des bords des paupières entre eux (*Ankyloblepharon*

perfectum, et A. imperfectum) (1). Il existe encore une adhérence des paupières avec la majeure partie de la conjonctive oculaire, *(symblepharon perfectum)*, et une adhérence moins étendue, *(symblepharon imperfectum)*. Ces deux espèces de maladies ne s'observent, le plus souvent, qu'à la paupière supérieure.

Il est encore plus important de distinguer les cas où l'*ankyloblèpharon* et le *symblépharon* consistent dans une adhérence immédiate, de ceux où cette adhérence est établie au moyen d'une membrane particulière, interposée, dans la première de ces deux affections, entre les bords des deux paupières, et dans la seconde, entre la paupière et le globe de l'œil; parce que ce mode d'adhérence médiate établit une grande différence dans le pronostic.

Une distinction sans importance est celle qu'on a établie entre l'*ankyloblépharon faux* et l'*ankyloblépharon vrai*; la dernière de ces dénominations indiquant une véritable adhérence, tandis que la seconde ne désigne autre chose qu'un collement des paupières entre elles.

Les causes les plus fréquentes de l'*ankyloblépharon* et du *symblépharon* sont surtout des lésions traumatiques, telles que des brûlures occasionées par le feu, la chaux vive ou les acides minéraux concentrés. Ces adhérences succèdent quelque-

(1) J'ai eu récemment l'occasion d'observer et de guérir une espèce toute particulière d'*ankyloblépharon partiel*, qui, vu sa rareté, mérite d'être décrite. Un œil affecté vers son angle interne d'un ulcère qui s'étendait aux paupières supérieure et inférieure, avait été pendant longtemps soumis à la pression d'un bandage assez serré. Les deux bords ulcérés ayant été maintenus en contact, avaient contracté une adhérence intime. Le globe de l'œil se trouvait caché à moitié, ce qui produisait un aspect singulier et mettait obstacle à ce que cet organe pût apercevoir les objets du côté du nez. Je parvins à corriger cette difformité en détruisant l'adhérence au moyen de ciseaux droits, et en tenant les bords de la plaie écartés, mais pour réussir complètement, il fallut recourir une seconde fois à l'opération.

fois aussi aux psorophthalmies accompagnées d'excoriations. Dans certains cas rares la maladie est congéniale.

Le pronostic est tout-à-fait subordonné à la forme qu'affecte cette maladie; car on devra plus ou moins espérer du résultat de l'opération, qui est le seul moyen de guérison, selon que la faculté de voir subsiste encore complètement, où que les adhérences ne sont que partielles; ou suivant que la vision est plus ou moins abolie, que l'union avec le globe de l'œil est plus ou moins immédiate, etc. Au reste, les résultats de l'opération sont surtout favorables lorsque la réunion n'a lieu que vers le milieu des paupières, ou lorsqu'il y a une membrane intermédiaire. Les adhérences partielles, au contraire, qui n'existent que dans les commissures des paupières, et surtout à la commissure externe, se forment de nouveau avec facilité après l'opération, ce qui nécessite de la part du chirurgien une attention particulière pour le traitement consécutif.

Procédé opératoire pour remédier à l'ankyloblepharon. L'opérateur s'assure d'abord que l'adhérence des bords de la paupière n'est pas compliquée de *symblépharon*, en saisissant la paupière supérieure avec deux doigts, et l'éloignant du globe de l'œil qu'on recommande au malade de faire mouvoir en même temps. Par ce moyen, on peut, non-seulement remarquer la plus petite adhérence, mais encore en déterminer l'étendue avec assez de précision. On peut encore s'assurer de l'existence du *symblépharon*, au moyen d'une sonde fine en baleine. Si le malade distingue encore la lumière à travers les paupières, on peut également présumer que la cornée n'adhère pas à la conjonctive palpébrale. Si au contraire il n'éprouve pas la moindre sensation de lumière, on peut regarder comme certaine l'union intime entre la cornée et les paupières, circonstance dans laquelle on doit s'abstenir de faire aucune opération. On ne doit pas non plus attendre des résultats très-avantageux lorsqu'en touchant le globe de l'œil au travers des pau-

pières, on reconnaît qu'il est le siége de quelque désorganisation, si en même temps la perception de la lumière est très-faible. Voici le procédé opératoire qu'il convient de suivre quand on veut détruire une adhérence immédiate. Un aide fait avec le pouce et l'index un pli transversal sur la peau de la paupière supérieure, qu'il tire en haut en l'éloignant du globe de l'œil; pendant ce temps, l'opérateur saisissant d'une main la paupière inférieure et la tirant en bas pour l'éloigner également de l'œil, introduit un bistouri étroit, parfaitement mousse à sa pointe, vers l'angle interne, entre le globe de l'œil et le bord palpébral, en conduisant lentement le tranchant vers la commissure externe, sans intéresser l'un ou l'autre de ces bords. Si l'adhérence est formée par une membrane, on conduit l'incision en effleurant la paupière supérieure et on fait ensuite avec des ciseaux droits la résection de la membrane qui reste adhérente à la paupière inférieure. Pour prévenir une nouvelle réunion, il faut que le malade s'abstienne de dormir pendant la nuit qui suit l'opération, on fait laver en même temps les bords qui résultent de la division, avec de l'eau de roses et une dissolution d'acétate de plomb, et on les enduit souvent avec une pommade composée de beurre et de *tutie*.

Opération de symblépharon. Si le globe de l'œil est immédiatement adhérent aux paupières, on en écarte celles-ci, comme dans le cas précédent, et on les divise avec un bistouri de Leber, à lame étroite, flexible, mousse, arrondi à sa pointe, et tranchant sur les côtés; on agit en pressant doucement plutôt qu'en sciant. Lorsqu'au contraire le symblépharon résulte de la présence de brides membraneuses, il faut avant tout séparer celles-ci de la conjonctive palpébrale, saisir ensuite avec des pinces épilatoires les brides adhérentes au globe de l'œil et les détacher le plus exactement possible sans intéresser cet organe. On doit employer fréquemment aussi les collyres avec l'acétate de plomb, aussitôt après l'opération. Je me suis encore bien trouvé après la

destruction de l'ankyloblépharon et après celle du symblépharon, de l'usage de la pommade suivante, dont je faisais introduire, toutes les deux heures, entre les paupières, une quantité égale au volume d'une lentille :

℞ Protoxide de zinc . . Tutie préparée. . . .	aa gr. xij.
Acétate de plomb liquide .	gtt. xij à xv.
Axonge.	ʒ ij.
Mêlez très-exactement.	

On prévient les récidives en recommandant au malade de mouvoir continuellement les yeux. Cependant si de nouvelles adhérences s'établissaient, il faudrait encore recourir à l'opération.

TUMEURS ATHÉROMATEUSES, MÉLICÉRIQUES ET STÉATOMATEUSES DES PAUPIÈRES ET DES PARTIES ENVIRONNANTES.

On aperçoit d'abord une très-petite tumeur molle, élastique, circonscrite, indolente, et plus ou moins mobile dans la paupière supérieure, vers la commissure externe, au pourtour des paupières, ou, dans des cas plus rares, à la paupière inférieure. Cette tumeur ne conserve pas l'impression du doigt, sa couleur ne diffère pas de celle du reste de la peau. La forme en est tantôt ronde, ovale, aplatie, ou tout-à-fait convexe.

Les tumeurs athéromateuses et mélicériques atteignent souvent le volume d'un petit œuf de poule; on y sent alors de la fluctuation et elles contiennent fréquemment une substance blanchâtre qui ressemble beaucoup à la partie caséeuse du lait. Les stéatômes qui semblent toujours avoir exclusivement leur siége aux parties environnantes des paupières, sans jamais se développer sur celles-ci, ne parviennent au

contraire tout au plus qu'au volume d'une noisette et n'offrent jamais de fluctuation. Les kystes renferment quelquefois une substance qui n'est ni athéromateuse ni comparable à celle des stéatômes, mais qui paraît, par ses propriétés physiques, tenir le milieu entre la gélatine et la chair des jeunes animaux; elle présente une structure semblable à celle du tissu graisseux. Lorsqu'on ouvre ces sortes de kystes il en sort ordinairement de petits grumeaux gélatineux, ayant une forme vésiculaire, qui se laissent facilement déchirer quand on les saisit avec une pince.

Les tumeurs enkystées qui ont leur siége sur le cartilage tarse sont le plus souvent immobiles. Cependant elles offrent quelquefois une mobilité qui en impose, bien qu'elles soient intimement adhérentes au cartilage. Il est très-important de reconnaître cette adhérence avant d'entreprendre l'opération : dans ce but, on fait quelques jours auparavant des tentatives pour les déplacer peu à peu, en cherchant à les faire remonter jusque sur le bord sus-orbitaire ou sur l'arcade surcilière. Lorsque par ce moyen on ne réussit pas, c'est un indice certain de l'adhérence du kyste au cartilage tarse, ou au moins, on peut en conclure qu'il n'est pas situé immédiatement sous la peau, mais bien sous les muscles de la paupière, circonstances importantes à connaître pour l'opération.

Ces tumeurs reconnaissent pour cause dans la plupart des cas, la suppression brusque d'un rhume, d'une blépharophthalmie catarrhale, etc.; plus rarement elles sont le produit de lésions mécaniques externes, telles que des contusions, etc.

Le pronostic de toutes ces tumeurs enkystées est favorable et il ne reste après l'opération qu'une petite cicatrice à la peau si l'on s'y est pris à temps. Mais si l'extirpation du kyste a été faite par une main maladroite, ou si on a tenté de guérir la tumeur par des caustiques, il peut facilement rester un ectropion ou un entropion, la lagophthalmie, un racornissement du cartilage tarse et d'autres difformités souvent incurables.

L'extirpation du kyste et la réunion de la plaie par première intention, tel est le traitement le plus rationnel et qui promet les résultats les plus prompts (1). Cette extirpation doit être plus ou moins complète, selon le volume et le siége de la tumeur. Si elle est immédiatement placée sur le sac lacrymal, sur le cartilage tarse, ou tout-à-fait sous le ligament interpalpébral externe, il est bon, en général, de n'emporter que la moitié antérieure du kyste et d'abandonner le reste à la suppuration : c'est aussi ce que l'on doit faire dans le cas où l'on n'a pu enlever la plus grande partie du kyste avec le bistouri. Dans ce but, on panse avec de la charpie imbibée d'eau chaude dont on remplit la plaie, on applique par-dessus une bandelette agglutinative, et à chaque pansement on s'assure que les portions restantes du sac s'en vont avec la suppuration. Quand celle-ci est trop lente, on peut, au lieu d'eau chaude, employer du laudanum liquide de Sydenham ou l'onguent digestif, et panser la plaie jusqu'à ce que le fond offre un aspect rouge et uni ; lorsqu'on a obtenu cette modification, on supprime la charpie pour que la cicatrisation de la plaie puisse s'effectuer. Si la portion restante du kyste, après l'opération, est peu considérable, on peut l'abandonner à la résorption, et par conséquent réunir par première intention. Dans ces cas, ce procédé, qui est le plus commode pour le médecin et pour le malade, réussit le plus souvent. Comme en opérant une tumeur enkystée située dans le voisinage de l'angle externe de l'œil on court risque d'intéresser le ligament interpalpébral, il est toujours prudent de donner à l'incision de la peau une direction perpendiculaire. Mais lorsqu'elle n'est située ni sur le sac lacrymal, ni sur le cartilage tarse, etc.,

(1) D'après le conseil de quelques auteurs, on doit, auparavant, essayer de procurer la résolution de la tumeur ; ainsi M. le professeur Boyer en a guéri plusieurs fois par des applications souvent répétées d'une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque, et d'un emplâtre de savon et de diachylon gommé. (*Traité des maladies chir.*, vol. V, p. 257.)

on doit, avant d'opérer, s'assurer de sa position par rapport au muscle orbiculaire. Si la tumeur enkystée se trouve immédiatement sous la peau de la paupière, on fait un pli vertical aux tégumens, qu'on incise ensuite horizontalement dans une direction parallèle au bord palpébral, de manière à ce que l'incision se prolonge au delà de la tumeur. L'instrument le plus convenable pour cette opération est un petit bistouri convexe sur le tranchant. Après avoir arrêté l'hémorragie par des applications d'eau froide, on reconnaît aisément le kyste à sa couleur blanchâtre, luisante. On le saisit alors avec une airigne simple ou double, (Voy. planche v, fig. 17 et 2) et le tirant un peu au dehors, on cherche à l'isoler du tissu cellulaire et des muscles, en se servant d'un petit bistouri flexible de Leber, arrondi, mousse à sa pointe, et tranchant sur les côtés ; si on éprouve de la difficulté, on fait agir les bords tranchans de cet instrument pour opérer la séparation. Au lieu de ce bistouri, je me suis souvent servi, avec beaucoup de succès, de ciseaux semblables à ceux de Cooper, mais plus petits ; avec cet instrument l'opération se termine plus promptement. En général, on opère plus commodément lorsqu'on a rendu le kyste plus mobile, en cherchant à le faire mouvoir sous la peau plusieurs jours avant l'opération. Après avoir arrêté l'hémorrhagie, on applique deux ou trois points de suture, et on place entre ceux-ci des bandelettes agglutinatives. Du reste, le traitement est le même que pour toute autre plaie horizontale de la paupière. La cicatrice qui en résulte n'offre pas de difformité, parce qu'elle est communément si petite qu'elle est à peine visible.

Lorsque la peau de la paupière adhère intimement à la tumeur, ce qui a lieu surtout quand on fait, pendant longtemps, de vaines tentatives pour en obtenir la résolution, on ne peut plus procéder en faisant un pli à la peau. On incise le plus souvent alors celle-ci et le kyste d'un seul coup ; on le vide de ce qu'il contenait, et on favorise sa sup-

puration en faisant les pansemens que nous avons déjà indiqués, ou en employant avec précaution les caustiques.

Si la tumeur enkystée est placée très-haut dans l'épaisseur de la paupière supérieure, et sous le muscle élévateur (orbito-palpébral, CHAUSSIER), on est également obligé de procéder en incisant la peau, car, quoique l'opération soit un peu plus difficile et plus longue, c'est le seul moyen d'obtenir l'extirpation complète de la tumeur.

Mais si elle a son siége dans la paupière inférieure, sous le muscle orbiculaire (naso-palpébral, CHAUSSIER), ou dans la paupière supérieure, près de son bord, et également sous ce muscle, (ce qu'on reconnaît le plus souvent à un développement plus considérable de vaisseaux sanguins à la surface de la membrane interne de la paupière, parce que le kyste adhère presque toujours alors à la conjonctive); il faut, en opérant, faire l'incision à la face interne de la paupière. Voici le procédé le plus avantageux à suivre dans cette occasion : si la tumeur s'est développée dans la paupière inférieure, on recommande au malade de diriger le globe tout-à-fait en haut, on la renverse en dehors, et on la fait maintenir dans cette position par un aide qui est en même temps chargé de rendre la tumeur plus saillante par une pression égale et modérée. On doit agir de la même manière lorsque la tumeur affecte la paupière supérieure; mais dans ce cas, le malade doit diriger le globe de l'œil en bas. On fait alors, avec un petit bistouri, deux incisions semi-lunaires embrassant exactement la tumeur, mais en ayant soin de ne pas intéresser le cartilage tarse. Après avoir arrêté l'hémorrhagie en lavant avec de l'eau froide, l'aide exerce une pression plus forte, pour rendre la tumeur encore plus saillante, ce qui est assez facile, les adhérences du kyste ayant été en partie détruites par les deux incisions sémi-elliptiques, dont nous avons parlé. L'opérateur saisit alors la tumeur à l'aide d'une airigne simple ou double, et, sans dépouiller le kyste de la membrane interne de la paupière qui le recouvre, il en fait l'excision au

moyen de petits ciseaux ayant la forme de ceux de COOPER. Une fois l'hémorrhagie arrêtée, on fait appliquer fréquemment de l'eau froide pendant les trente-six premières heures ; après quoi on peut instiller cinq à six fois chaque jour quelques gouttes du collyre suivant :

℞ Laudanum liquide de Sydenham. . . . ʒ j.
Eau de roses . . . . ℥ ij.
Mucilage de gomme arabique. . . . . ʒ j ß.
Mêlez.

Lorsque les bourgeons charnus se développent trop lentement, l'emploi local du laudanum de Sydenham est principalement indiqué ; et s'ils sont trop abondans, on peut toucher une fois leur surface avec la pierre infernale.

Jusqu'ici on a beaucoup redouté l'excision d'une petite portion de la membrane interne de la paupière ; on pensait que cette opération devait déterminer un *entropion*. Cependant je n'ai jamais vu arriver cet accident, quoique j'aie, par ce procédé, emporté avec succès plus de trente tumeurs enkystées pendant les trois dernières années.

Lorsque chez des malades timides on est obligé de se borner à évacuer le contenu d'une tumeur enkystée par une large incision, (une piqûre avec la lancette ne suffisant pas), il faut d'abord s'assurer si le kyste ne se détache pas par la suppuration qui s'ensuit, et s'il n'est pas possible de le retirer avec des pinces, soit par lambeaux, soit en totalité. Si on ne peut parvenir à obtenir ce résultat, vu l'épaisseur et la consistance du kyste, il faut employer les caustiques avec beaucoup de précaution. On doit, en traitant ces tumeurs enkystées, observer les préceptes généraux de la chirurgie relativement à ces maladies, et ne perdre jamais de vue qu'on opère dans le voisinage d'un organe délicat et facile à être affecté d'une manière fâcheuse (*).

(*) M. le docteur GUÉRIN père, de Bordeaux, (*Journal médical de la Gironde*, 1825), établit une distinction entre les tumeurs cystiques des

PHLYCTÈNES DÉVELOPPÉS SUR LES PAUPIÈRES.

Phlyctenula (*Φλύκταινα de Φλύω ou Φλέω être plein*), *Hydatis, Grain de millet, Millium, Verrues, Condylômes* et *Excroissances moriformes des paupières.*

Lorsqu'une petite partie de l'épiderme d'une paupière se soulève en forme de vésicule délicate, translucide, pleine d'eau, et sans que le malade éprouve de la douleur, on lui

paupières et les loupes qui se développent dans l'épaisseur de ces voiles mobiles. Il regarde les premières comme étant produites par la rétention dans l'intérieur des follicules palpébraux de l'humeur qu'ils sécrètent, lorsque leur ouverture est obstruée par une cause quelconque. En renversant la paupière, on voit que la portion de la conjonctive correspondant à la tumeur cystique est plus rouge que dans le reste de son étendue, ce qui n'arrive pas lorsque c'est une loupe, car alors elle conserve dans ce point sa couleur naturelle. Quand c'est une tumeur cystique et qu'elle a déjà acquis un certain volume, le centre de cette rougeur paraît bleuâtre par l'amincissement de son kyste dans ce point, qui est devenu assez transparent pour laisser apercevoir la couleur de l'humeur qu'il renferme et qui est elle-même transparente, ce qui n'a pas lieu dans les loupes dont la matière contenue est toujours très-opaque. Sous le rapport du traitement, cette distinction n'est pas inutile, puisque pour obtenir la guérison des tumenrs cystiques il suffit d'une simple ponction faite à la surface interne de la paupière avec la pointe d'une lancette. Ce procédé est tout-à-fait analogue à celui que suit la nature dans les cas de guérison spontanée de ces tumeurs, qui arrive toujours lorsqu'on a la patience d'attendre, car il se fait alors une petite ouverture du côté interne de la paupière, par laquelle s'échappe une *liqueur lymphatique* semblable à du blanc d'œuf, mêlée quelquefois d'un peu de pus. On croit alors que la tumeur s'est terminée par résolution, mais on se trompe; car lorsque cette terminaison a lieu dans une tumeur quelconque, celle-ci diminue toujours d'une manière progressive, tandis qu'ici cette diminution se fait d'une manière subite et à différentes reprises. M. Guérin ne regarde pas comme tout-à-fait sans danger les tentatives pour enlever le kyste de ces

donne les noms de *phlyctène*, *hydatide*. Ces petites tumeurs acquièrent dans certains cas le volume d'une lentille et durent quelquefois des années (1), d'autres fois, au bout de vingt-quatre heures, elles ont déjà disparu spontanément.

Pour remédier à cette maladie légère on fend la petite vésicule dans le sens de sa longueur; on fait la résection de l'épiderme sur le bord de la paupière avec des ciseaux commodes, et on lave la plaie avec un peu d'eau blanche, à laquelle on peut ajouter une petite quantité de laudanum. Au bout de vingt-quatre heures la guérison est complète.

Une affection qui est plus fréquente que ces phlyctènes, ce sont de petits tubercules blancs (*nodicules*) qui se développent à la face externe des paupières, ressemblent à des grains de millet et contiennent un matière sébacée. Il suffit, pour en obtenir la guérison, de les ouvrir avec une aiguille et de les exprimer ensuite avec soin.

Les *verrues* qui se manifestent aux paupières, le plus souvent chez les personnes âgées (2), mais quelquefois aussi chez les jeunes gens, sont ou pédiculées ou fixées par une base large. Les premières doivent être enlevées avec leur racine, et pansées avec de l'onguent basilicon ou du baume d'Arcæus; on peut également en faire la ligature. Quant aux dernières, Beer conseille de ne pas y toucher et de ne les

tumeurs, et il assure avoir vu plusieurs fois des cancers en être le résultat.

Lorsqu'au contraire on a à traiter des loupes, et on les distingue surtout à leur mobilité qui ne s'observe jamais dans les tumeurs cystiques, ou au moins au même degré, il faut absolument en détruire le kyste pour empêcher leur récidive; mais il n'est pas besoin pour cela de le disséquer : il suffit, après avoir fait sortir au moyen d'une simple incision, la matière qu'il contient, de le toucher avec la pierre à cautère, et il tombe de lui-même quelques jours après. (*N. d. Tr.*)

(1) Voyez pl. I, fig. 2.

(2) Elles sont surtout fréquentes chez les femmes après la cessation du flux menstruel.

extirper que dans le cas où, ayant été fatiguées par des caustiques, etc., elles sont devenues douloureuses et menacent de prendre un mauvais caractère. Cependant si les sujets jouissent d'une bonne santé, et que l'on procède avec précaution, on ne doit pas craindre cette dégénération; on peut au contraire, de prime abord, extirper sans inconvénient avec le bistouri, les verrues à base large, ou les détruire peu à peu par l'application de la pierre infernale, de l'esprit de nitre fumant, etc. Chez les sujets cachectiques et avancés en âge, il faut agir avec plus de prudence; car ici l'effet des caustiques pourrait augmenter le nombre des exemples affligeans qu'on trouve consignés dans un grand nombre d'ouvrages.

Les verrues de mauvais caractère, entourées de vaisseaux sanguins variqueux, très-douloureuses, croissant rapidement et passant ordinairement à l'état carcinomateux (*akrochordon*), que le professeur Beer a toujours trouvées compliquées de squirrhe ou de cancer de la mamelle ou de l'utérus, doivent, autant que possible, être épargnées. Jamais on ne doit tenter ici l'application de la poudre du Frère-Côme.

Les paupières, comme d'autres parties du corps, peuvent devenir, quoique rarement, le siége de condilômes provenant soit d'une syphilis invétérée, soit d'un contact local du virus vénérien. Ils sont tantôt volumineux, tantôt peu considérables, et affectent le plus ordinairement les bords des paupières; ils sont souvent durs, secs, quelquefois crevassés et douloureux; d'autres fois ils sont remarquables par leur mollesse: le pronostic de cette affection n'a rien de fâcheux. On les coupe à leur racine avec les ciseaux de Cooper; et s'ils sont symptomatiques de la syphilis confirmée, on administre les préparations mercurielles quelques jours avant d'en faire la résection; on touche les plaies qui en résultent avec la pierre infernale, et ordinairement la guérison ne se fait pas attendre.

On trouve encore quelquefois d'autres excroissances aux

paupières, telles que les *nævi materni* de couleur violette, situés à la face externe, et des excroissances moriformes à la face interne, contre lesquelles on a préconisé toutes sortes de caustiques et une foule de moyens. L'application de la pierre infernale est ici le meilleur procédé à employer; on peut ainsi non-seulement détruire les excroissances, mais souvent effacer jusqu'à la dernière trace de ces *nævi materni*. J'en ai obtenu un succès rapide dans deux cas qui se sont présentés dans ma pratique. Les végétations charnues à la face interne des paupières (1), (*carunculæ conjunctivæ*), que l'on trouve quelque fois même à la conjonctive oculaire, doivent être coupées, si elles sont grandes, et les plaies fréquemment touchées avec la pierre infernale ou le laudanum.

Cette espèce d'excroissance moriforme que l'on a désignée sous le nom d'*angiectasie* des paupières (ἀγγεῖον, vaisseau, ἐκτείνω, étendre, distendre), consiste en une ou plusieurs tumeurs de couleur rouge-bleu, violettes ou moins foncées, qui ordinairement sont molles et spongieuses, ressemblent assez à une mûre, et siégent le plus souvent à la paupière supérieure. Elles semblent être des agglomérations de vaisseaux sanguins, car quand on les coupe, il en résulte une hémorrhagie très-abondante. On les trouve chez les enfans qui viennent de naître, et on les a regardées jusqu'ici comme des *nævi materni*. Mais elles diffèrent de ceux-ci en ce qu'elles s'accroissent encore jusqu'à un certain degré, après la naissance de l'enfant, pour s'arrêter ensuite tout-à-fait. Il est dangereux de les attaquer par des caustiques, si ce sont de véritables *angiectasies*, car ces moyens ne paraissent réussir que dans les cas d'excroissances moriformes que nous ne devons pas examiner ici. S'il faut les détruire, il vaut mieux le faire avec le bistouri, mais alors il faut avoir soin d'observer les préceptes suivans : on ne doit jamais faire pénétrer le bistouri à travers l'*angiectasie* elle-même, parce que l'hémor-

(1) Voyez pl. I, fig. 3.

fagie violente qui surviendrait interrompant l'opération, la prolongerait, la rendrait plus douloureuse, et on serait néanmoins obligé d'enlever, avec l'instrument tranchant, les dernières traces de la maladie, si on ne voulait pas être exposé à la voir repulluler, surtout quand on s'avise d'employer des caustiques.

Il faut par conséquent toujours circonscrire la tumeur par deux incisions sémi-elliptiques faites dans la peau saine, soulever celle-ci avec des pinces, et isoler toute la tumeur des parties non affectées. Cette opération n'est pas difficile si la végétation n'a pas de racines profondes; mais dans le cas contraire, on ne doit pas s'arrêter avant d'avoir détruit toutes ses ramifications. On reconnaît qu'on a atteint ce but lorsque l'hémorragie est médiocre, et que le fond de la plaie ne présente plus de taches d'un brun-violet. Il n'est pas besoin de dire qu'il faut ménager le muscle orbiculaire, l'élévateur de la paupière supérieure et le cartilage tarse. Il est bon d'attendre que l'enfant ne soit pas trop jeune, et qu'il ait passé l'époque de la dentition, pour pratiquer cette opération, parce qu'elle pourrait déterminer des spasmes, des convulsions, et même la mort. On panse la plaie avec une pommade adoucissante telle que celle de guimauve : du reste, il est nécessaire, pour prévenir l'ectropion, que les paupières soient tenues fermées au moyen de bandelettes agglutinatives de taffetas gommé, jusqu'à l'entière cicatrisation de la plaie.

EXOSTOSES DE L'ORBITE.

Cette maladie n'est pas très-rare; on la reconnaît facilement si elle a son siége aux parties externes, mais son diagnostic est beaucoup plus difficile quand elle se développe sur les parois internes de l'orbite ; car alors il arrive fréquem-

ment qu'on n'est pas encore bien sûr de son existence, quand déjà le globe de l'œil commence à être poussé hors de l'orbite.

Les individus rachitiques, scrophuleux, syphilitiques et arthritiques, sont le plus sujets à cette affection; mais les exostoses sont aussi quelquefois produites par des contusions; et dans ce cas elles ont presque toujours leur siége aux parties externes.

Le traitement doit être basé sur la cause de la maladie. On doit surtout recommander les frictions mercurielles, l'emplâtre de mercure et celui de ciguë. Si on reconnaît assez tôt l'inflammation du périoste, qui donne lieu ordinairement à ces exostoses, on peut les prévenir par des applications d'eau très-froide, par des sangsues auxquelles on fait succéder des frictions mercurielles, en même-temps que l'on administre à l'intérieur les moyens généraux convenables.

OSTÉOSARCÔMES DE L'ORBITE.

Les ostéosarcômes sont précédés d'une exostose qui dégénère ensuite en une masse lardacée, molle et homogène; cependant cette affection de l'orbite est très-rare.

L'extirpation de ces tumeurs par le bistouri et le fer rouge, et l'emploi des remèdes propres à combattre la cause qui les a produites, sont les moyens les plus sûrs qu'on puisse opposer à une affection qui souvent passe à l'état de cancer et devient mortelle. Quelquefois la carie succède à l'exostose, et dans certains cas elle s'accompagne de suppuration, tandis que dans d'autres celles-ci n'existe pas. Le traitement qu'on doit opposer à cette maladie est le même que dans toutes les autres parties où elle peut se présenter; seulement il faut ici avoir égard à la grande susceptibilité de l'œil dans le voisinage duquel on opère. Les os qui entrent dans la composition

de l'orbite, peuvent aussi être affectés de véritable nécrose. Elle n'est ici le plus souvent que l'effet de violentes contusions, et doit être traitée comme la nécrose qui affecte toutes les autres parties du sytème osseux.

MALADIES DES ORGANES QUI ONT LEUR SIÉGE ENTRE L'ORBITE ET LE GLOBE DE L'ŒIL.

INFLAMMATION SIMPLE DE L'ORBITE EN GÉNÉRAL.

Comme sous la dénomination de blépharophthalmie en général, nous avons compris un état inflammatoire de toutes les parties des paupières; de même nous n'entendons donner le nom d'inflammation de l'orbite en général qu'à l'affection inflammatoire qui intéresse toutes les parties situées entre le globe de l'œil et l'orbite.

Symptômes. Le malade ressent une douleur sourde, profonde, augmentant de plus en plus dans toute la région orbitaire, et s'accompagnant de l'immobilité du globe de l'œil; il éprouve de la difficulté à élever et à mouvoir la paupière supérieure; il lui semble que le globe oculaire soit trop volumineux pour l'orbite; tels sont les premiers symptômes de cette inflammation. Peu à peu le globe oculaire est poussé hors de l'orbite (*exophthalmie*), la vision se perd de plus en plus, et on voit souvent survenir en peu d'heures l'amaurose la plus complète, avec rétrécissement remarquable de la pupille, immobilité parfaite de l'iris, et une grande sensibilité de l'œil, tandis que le malade éprouve des sensations très-douloureuses, dans lesquelles il croit apercevoir de la lumière, (*photopsie*). C'est seulement alors que la sclérotique, et après elle la conjonctive, commencent à être rouges, l'iris devient saillant en avant, sa couleur bleue ou grise devient verdâtre; si celle-ci était brune

dans l'état naturel; elle devient d'un rouge foncé; la pupille se ferme, et la chambre antérieure se rétrécit de plus en plus; pendant ce temps la douleur est parvenue à son plus haut degré d'intensité; le malade tombe dans une espèce de fureur, et l'inflammation gagnant les méninges, lorsque déjà il existait une violente fièvre inflammatoire, le danger devient extrêmement imminent.

Au commencement de la seconde période le globe de l'œil fait encore une saillie plus considérable hors de l'orbite, et les phénomènes lumineux, ou la photopsie augmentent, au moins le malade en parle continuellement dans son délire. S'il survient des momens lucides, il se plaint d'une douleur sourde dans l'intérieur de l'œil, accompagnée d'un sentiment de froid et d'une grande pesanteur; il est même quelquefois continuellement agité par des frissons. Enfin on voit s'élever à la périphérie du globe oculaire une tumeur rouge, molle, qui bientôt présente, entre le globe de l'œil et l'orbite, des points pâles, et offrant des marques de fluctuation; en même temps les paupières, surtout l'inférieure, sont frappées d'œdème, et la fièvre suppuratoire s'allume. S'il ne se montre qu'un seul point de suppuration, le globe oculaire est poussé au dehors, et dans ce cas la collection purulente n'occupe pas toute l'étendue de l'orbite.

Cette maladie, rare à la vérité, affecte, suivant Beer, le plus souvent des sujets scrophuleux, arthritiques ou affectés de syphilis; on ne peut pas alors la considérer comme une inflammation simple. J'ai cependant observé dernièrement un cas où l'inflammation se montra tout-à-fait simple, au moment de la menstruation chez une jeune fille qui d'ailleurs se portait très-bien. L'orbite avait été irrité par une lésion légère, au même instant une frayeur subite arrrêta l'écoulement des règles, et il se développa, sans autre cause, une inflammation très-violente dans toute la cavité orbitaire.

Le pronostic dans la première période est très-défavorable, surtout si la maladie a été négligée ou méconnue dès

le commencement. Une fois l'inflammation bien établie, elle passe à un état de suppuration plus ou moins dangereux pour la vie du malade; il ne s'agit plus alors de la conservation de la vue, mais bien de celle de la vie et de l'œil. Lorsque la maladie est parvenue à sa seconde période, on ne peut pas même espérer de conserver la forme de l'œil; on ne doit plus songer qu'à sauver la vie, car si on ne prend pas alors des mesures efficaces, la suppuration se propage dans la cavité du crâne, en pénétrant par l'une des ouvertures qui établissent sa communication avec l'orbite, ou bien les os de cette dernière cavité suppurent lentement, et le malade succombe après un temps plns ou moins long.

Le traitement de la première période doit consister en une médication antiphlogistique générale et locale très-énergique.

Dans la seconde période, lorsqu'il n'y a plus d'espoir d'obtenir la résolution, il convient de favoriser la suppuration, autant par des moyens généraux que par l'application de cataplasmes qu'il faut avoir soin de ne pas laisser refroidir. On applique avec succès, sur un point de suppuration qui vient de se former, l'emplâtre de diachylon composé, et des cataplasmes placés par dessus; on continue ainsi jusqu'à ce que la fluctuation soit tout-à-fait manifeste; alors on donne issue au pus en faisant une large ouverture avec la lancette. On entretient la plaie ouverte en y introduisant une mèche de charpie imbibée de laudanum, et on obtient ainsi peu à peu la guérison.

Tel est le traitement de cette maladie en géneral; mais il peut y avoir des modifications de forme qui, déterminant des modifications dans les symptômes, nécessitent des changemens dans le traitement. Ainsi l'inflammation générale de l'orbite est quelquefois le résultat d'une ophthalmite universelle; dans ce cas les signes qui se rapportent au globe de l'œil seulement sont les premiers à se manifester; ce n'est que plus tard que surviennent les symptômes de l'affection

des autres parties contenues dans l'orbite. Ou bien l'inflammation naît primitivement de l'orbite lui-même; si, dans ce cas, la maladie n'est pas très-violente et qu'elle soit reconnue dès son origine, on peut assez souvent conserver la vue intacte. Lorsque la suppuration est établie, et qu'on ne donne pas de bonne heure issue au pus, il détruit çà et là le périoste des os de l'orbite : il en résulte une carie qui exige d'autant plus de temps pour la guérison qu'elle est plus profonde, et qu'on peut moins élargir l'ouverture extérieure. Quelquefois l'inflammation de l'orbite paraît siéger principalement dans le périoste; alors il y a toujours à craindre la formation de la carie, circonstance sur laquelle Démours a eu raison d'appeler l'attention d'une manière spéciale; j'ai aussi observé cette inflammation dans un cas où elle était de nature arthritique. Il arrive quelquefois que les muscles de l'œil semblent seuls être affectés d'inflammation. Ces cas assez fréquens sont ordinairement de nature rhumatique, ne passent pas à l'état de suppuration, surviennent le plus souvent à la suite de refroidissemens de la région oculaire, et doivent par conséquent être traités comme un rhumatisme aigu.

Il est naturel, d'après cela, que l'inflammation de l'orbite présente des degrés et des symptômes différens. On l'observe quelquefois à un degré très-léger chez les enfans scrophuleux, où elle n'est que superficielle; elle passe alors à l'état de suppuration, et n'offre pas les symptômes graves qui en caractérisent le degré le plus violent. Presqu'aucune de ces modifications de l'inflammation de l'orbite ne peut du reste être regardée comme simple.

PLAIES DE L'ORBITE.

Quand les plaies de l'orbite sont profondes et considérables, le pronostic est le plus souvent fâcheux ; car elles sont fréquemment suivies non-seulement de la perte de la vue et de la destruction de l'œil, mais elles peuvent encore aller jusqu'à occasioner la mort. Cependant la nature se montre quelquefois plus puissante qu'on ne pourrait l'espérer; aussi ne doit-on jamais se hâter en portant un pronostic. Souvent, après la guérison de la plaie, l'un des muscles de l'œil reste dans un état d'atonie ou de paralysie complète qui est incurable et détermine une obliquité du bulbe oculaire, (*luscitas*). Les plaies de l'orbite sont aussi quelquefois suivies d'une amaurose qui est complète ou incomplète, passagère ou persistante, causée par l'ébranlement de l'œil ou la rupture d'une des parties qui entrent dans sa composition : ces acidens ont aussi pour résultat une chute de cet organe qui souvent est permanente (*ophthalmoptosis*), et s'accompagne d'amaurose, etc. Tous ces accidens consécutifs résultent, soit de la lésion immédiate des parties, soit de leur destruction qui survient après leur paralysie, soit de la lésion des nerfs qui s'y rendent. J'ai quelquefois observé que des corps étrangers, tels que des tuyaux de pipe, des morceaux de bois plus ou moins volumineux, etc., étaient restés enclavés pendant l'espace de quinze jours dans l'orbite, le globe de l'œil étant entièrement paralysé, et cependant le malade n'éprouvait presqu'aucune douleur, et soupçonnait à peine la présence de corps aussi volumineux. Ce phénomène digne de remarque ne peut être attribué sans doute qu'à la paralysie complète des parties en contact avec les corps étrangers. Quelquefois, et surtout lorsque l'instrument vulnérant a pénétré vers la partie supérieure et externe de l'orbite, il

reste une oblitération de la plupart des conduits excréteurs de la glande lacrymale, avec sécheresse insolite de l'œil, (*Xeromycter.*)

La conduite à tenir pour le traitement est, en général, celle qui a été indiquée pour les lésions graves de la région surçilière. Il nous reste donc à considérer ici les changemens que les parties lésées ont subis dans leurs rapports. S'il existe un prolapsus du globe de l'œil, on doit faire l'extraction des corps étrangers qui sont restés dans l'orbite; si le déplacement de cet organe est le résultat de quelque épanchement de sang dans la cavité orbitaire, il faut élargir la plaie pour évacuer la matière de l'épanchement, le globe oculaire reprend alors sa position naturelle sans autre secours de l'art. Lorsque le médecin est appelé trop tard, et que le globe de l'œil est poussé en avant par la tuméfaction qui résulte du développement de l'inflammation, on ne doit pas chercher à le réduire à l'instant même, il faut attendre la terminaison de l'inflammation et de la suppuration. En effet, si celle-ci a été surveillée d'une manière convenable, et que les muscles de l'œil n'aient pas été endommagés par la suppuration, le globe oculaire rentrera spontanément quand elle aura cessé. Lorsque ce prolapsus dépend d'une solution de continuité d'un ou de plusieurs muscles de cet organe, il se dirige du côté où ceux qui sont restés intacts se contractent avec le plus de force. Dans ce cas, la réduction artificielle ne sert non plus à rien, et il faut attendre la guérison complète de la plaie (1). Quand on emploie un traitement convenable, on voit assez souvent le globe de l'œil rentrer de lui-même dans l'orbite pendant la suppuration, soit en totalité, soit partiellement. Mais si cet organe reste hors de sa cavité après la cicatrisation de la plaie, il convient d'em-

(1) Appliquer une espèce de suspensoire est tout ce qu'on peut faire pour le moment, afin de soutenir le poids du globe de l'œil, et rapprocher les extrémités des muscles divisés qui tendent à s'écarter davantage.

ployer les moyens recommandés contre les plaies des paupières. Si la lésion avait cependant été tellement violente que le globe de l'œil fût tout-à-fait hors de l'orbite et pendant sur la joue; si avec cela elle avait éprouvé une lésion assez grave pour que les chambres fussent pleines de sang et qu'il y eût cécité complète, la réduction serait encore inutile; la conservation de la vie du malade exigerait qu'on fît la résection du globe de l'œil et du tissu cellulaire environnant qui se trouverait dilacéré. Cependant on a vu le globe de l'œil frappé de cécité après être sorti de l'orbite, et après être resté dans cette position pendant neuf semaines, être encore susceptible de jouir de la faculté de voir, pourvu qu'il n'eût pas été profondément lésé. Il est d'autres effets consécutifs aux lésions violentes de l'orbite qui ne sont pas toujours susceptibles de guérison, comme l'obliquité du globe oculaire (*luscitas*), lorsqu'elle provient de la rupture de l'un des muscles de l'œil; l'oblitération des conduits excréteurs de la glande lacrymale accompagnée d'une cicatrice calleuse; cependant, dans ce dernier cas, ceux des conduits excréteurs qui ne sont pas oblitérés se dilatent peu à peu, et finissent par faire disparaître la sécheresse de l'œil qui était résultée de cet accident (1).

Du reste, il n'est pas nécessaire de rappeler que dans toutes les lésions de l'orbite il faut, après avoir éloigné les corps vulnérans, ordonner un régime antiphlogistique sévère. On doit par conséquent avoir recours, suivant les circonstances, aux saignées générales et locales, aux applications froides, aux mixtures légèrement laxatives., au calomel, etc. Il n'est pas besoin d'ajouter que la réunion par première intention

(1) Le professeur Beer n'a jamais vu résulter une sécheresse considérable et permanente de l'œil après de semblables lésions mécaniques ; mais il a observé cet accident à la suite de celles opérées par des agens chimiques. Dans ce dernier cas, la conjonctive oculaire se désséchait et se ridait constamment, d'où résultaient une déformation de l'œil et la perte de la vue.

est préférable, mais qu'elle ne peut être tentée lorsque des fragmens du corps vulnérant sont restés dans la plaie sans pouvoir en être retirés. Dans ce cas, et en général dans tous ceux où l'inflammation passe à la suppuration, on est obligé de favoriser celle-ci par l'application de cataplasmes chauds; on introduit aussi un bourdonnet dans l'ouverture pour faciliter l'écoulement du pus, dont la stase empêcherait la cicatrisation du fond de la plaie. Lorsque le pus s'accumule dans la profondeur des parties et forme des clapiers, il est nécessaire d'élargir l'ouverture et de faire des injections d'eau tiède pour en faciliter l'écoulement. Ces plaies anciennes et mal traitées, qui sont devenues fistuleuses et calleuses, exigent quelquefois l'emploi de la pierre infernale ou du précipité rouge (deutoxide de mercure).

Dans les cas où les os de l'orbite ont été gravement atteints, il faut avant tout, avoir égard au danger qui menace la vie du blessé. Ainsi, on commence per élargir l'ouverture extérieure pour donner issue au sang épanché, et on emploie ensuite le traitement antiphlogistique le plus actif.

MALADIES DE LA GLANDE LACRYMALE.

INFLAMMATION DE LA GLANDE LACRYMALE.

Dacryoadenitis, et mieux Dacryadenitis, (de Δάκρυ, Δάκρυον, *larmes, et* ἀδὴν, *glande.)*

Cette inflammation, fréquemment observée par Adam Schmidt (1), mais très-rarement par Beer, Reil et beaucoup d'autres, commence toujours dans le tissu cellulaire qui entoure la glande et se propage ensuite dans celui qui enveloppe ses granulations (*acini glandulæ lacrymalis*); mais

(1) *Ueber die Krankheiten des Thrænenorgans*, Wien, 1803, p. 134.

elle n'affecte jamais le corps lui-même de cette glande. Les rapports directs de ce tissu cellulaire avec la dure-mère, avec le périoste de l'orbite, les nerfs nombreux et les autres parties délicates et importantes du voisinage de la glande lacrymale, expliquent pourquoi cette inflammation est une des plus dangereuses.

Symptômes. Pendant que l'œil est affecté d'une sécheresse qui augmente de plus en plus, le malade est pris tout-à-coup d'une douleur gravative, fixe et pongitive dans la région temporale, qui s'étend au globe de l'œil, au front, dans les mâchoires supérieure et inférieure, et même jusqu'à l'occiput, en se faisant sentir plus particulièrement derrière le globe de l'œil. La paupière supérieure se tuméfie dans le point qui correspond à la glande lacrymale; elle devient dure, d'un rouge foncé, tendue, luisante et extrêmement sensible. La conjonctive éprouve une légère tuméfaction, se colore en rouge presque uniquement vers la commissure externe; le globe de l'œil est très-dur et très-sensible. En même temps la glande lacrymale, augmentant de volume, repousse le globe oculaire vers la commissure interne, en sorte que la cornée est évidemment dirigée du côté du nez. A mesure que l'œil fait saillie hors de l'orbite, la faculté de voir diminue de plus en plus, la pupille se rapetisse, l'iris devient tout-à-fait tendu, le malade croit souvent apercevoir de la lumière, et la mobilité du globe de l'œil diminue de plus en plus. Enfin, avec l'augmentation de la douleur, survient une fièvre inflammatoire qui s'accompagne d'un délire plus ou moins considérable.

Lorsque l'inflammation a atteint son plus haut période, il se développe ordinairement, dans l'espace de trois à six jours, un point de suppuration offrant une fluctuation distincte dans la conjonctive oculaire ou à la face externe de la paupière supérieure, en même temps, la vue d'éclairs et d'autres phénomènes lumineux (*photopsie*) augmente, le globe de l'œil est repoussé avec plus de force vers le nez, le malade éprouve

une douleur pulsative, l'augmentation de la tumeur de la paupière supérieure s'accompagne d'une sensation de froid et de pesanteur incommode dans l'œil, et de frissonnemens continus.

L'étiologie de la *dacryadénite* est encore assez obscure. D'après Schmidt elle affecte principalement les jeunes gens, bien portans du reste, de l'âge de sept à dix-neuf ans, qui ont été précédemment sous l'influence d'une diathèse scrophuleuse. Cet auteur l'a constamment vu être produite par un changement brusque de la température ou par un courant d'air froid. Il paraît qu'elle constitue rarement une inflammation simple.

Lorsque la maladie est bien reconnue pendant la période d'inflammation, et qu'elle est traitée d'une manière convenable, le pronostic n'est pas aussi fâcheux que dans les cas d'inflammation générale de l'orbite; mais il devient très-grave, lorsque, par suite d'un mauvais traitement, etc., la phlegmasie a envahi toute la cavité orbitaire. Si le globe de l'œil fait déjà saillie hors de l'orbite, il est impossible d'on obtenir la résolution

Dans la période de suppuration, le pronostic n'est pas très-fâcheux lorsque l'abcès étant formé il est aussitôt ouvert pour donner issue au pus; car après l'évacuation du dépôt purulent, le globe de l'œil rentre dans l'orbite, et il arrive souvent que la vue se rétablit peu à peu; seulement cet organe est encore pendant plus ou moins long-temps dirigé vers le nez, et il reste par conséquent une obliquité de l'œil, (*luscitas*). Mais si la suppuration s'est emparée de toutes les parties de l'orbite, le pronostic doit être le même que dans la seconde période de l'inflammation orbitaire.

Dans la période inflammatoire, on doit toujours mettre en usage un traitement antiphlogistique énergique. On prescrit par conséquent une saignée; si elle ne soulage pas promptement, on applique cinq à six sangsues, qu'on remplace par des compresses imprégnées d'une liqueur froide, et on met

le malade à un régime doux ; on peut aussi opérer une dérivation sur le canal intestinal, si cela devient nécessaire, etc.

Aussitôt que l'inflammation menace de se terminer par suppuration, on doit favoriser cette issue par l'application de cataplasmes chauds, composés de ciguë, de fleurs de camomille, mêlées avec des substances émollientes, en tenant la tumeur recouverte d'un emplâtre de diachylon et de ciguë aussi long-temps qu'elle présente de la dureté, et pendant que l'œil n'est pas encore entièrement rentré dans l'orbite. Si les douleurs et l'agitation sont considérables, on administre l'opium à l'intérieur; et si l'abcès est complètement formé, et que la fluctuation y soit sensible, on l'ouvre avec une lancette. Après l'évacuation du pus, on introduit dans l'ouverture un bourdonnet enduit d'un mélange de teinture d'opium et d'huile d'amandes, ou d'onguent digestif, qu'on fait pénétrer jusqu'au fond de la plaie, dans l'intention de le stimuler. On voit alors la cavité de l'abcès se remplir de bourgeons charnus, et la cicatrisation ne tarde pas à s'accomplir.

Mais on n'obtient pas toujours une guérison aussi facile; car il arrive souvent, après l'ouverture de l'abcès que le pus dégénère en sanie, et on voit sortir par l'ouverture, dont les bords sont alors calleux, un fongus d'un rouge pâle, saignant facilement, qui annonce l'existence d'un ulcère fistuleux entretenu probablement par la carie de l'apophyse orbitaire de l'os frontal. Si en introduisant alors une sonde dans l'ouverture, on rencontre des rugosités et des inégalités sur cet os mis à nu à la suite de la suppuration, on peut regarder l'existence de la carie comme presque certaine. Il convient alors d'agrandir l'ouverture avec le bistouri, et d'y faire pénétrer profondément des bourdonnets enduits d'onguent digestif auquel on mêle de la poudre de myrrhe, afin de favoriser l'exfoliation. Lorsque ce dernier résultat a été obtenu, il ne reste plus qu'à favoriser la cicatrisation.

Outre la carie, l'abcès de la glande lacrymale peut encore

être suivi d'un ulcère fistuleux, sans carie, résultant de la lésion d'un canal excréteur de cette glande; néanmoins cet accident est rare. Dans ce cas, l'ouverture fistuleuse donne issue à un mélange de sanie et de larmes, ou bien à des larmes pures; ce qu'on peut appeler une fistule lacrymale, ou plutôt une fistule de la glande lacrymale. Vers la fin, lors même que l'ulcère est guéri, il reste souvent à la paupière supérieure, près de l'angle externe, une ouverture capillaire dont les parois sont calleuses; cette ouverture laisse suinter de temps en temps, pendant le jour, des larmes tout-à-fait limpides. Ces ouvertures capillaires qui correspondent à la glande lacrymale sont très-difficiles à guérir. Cependant le moyen le plus efficace qu'on ait employé contre elles, consiste à en toucher le fond avec la pierre infernale, ou à introduire, avec précaution jusqu'au fond de l'ouverture calleuse un stylet rougi au feu.

SQUIRRHE DE LA GLANDE LACRYMALE.

Le véritable squirrhe de la glande lacrymale, (qu'il ne faut pas confondre avec une simple induration consécutive à la dacryadénite), est le plus souvent accompagné d'une affection squirrheuse des parties environnantes, et même du globe de l'œil. Cette maladie, extrêmement rare, se reconnaît aux symptômes suivans : l'œil est refoulé vers la commissure interne, et fait saillie hors de l'orbite vers sa partie inférieure; cet organe n'est pas douloureux, il n'offre que peu de rougeur, il est presque immobile; mais ce qui est surtout remarquable, il ne peut être dirigé vers la glande lacrymale. On découvre encore vers la commissure externe, une tumeur très-fixe, dure, inégale, mais absolument indolente, tant que le squirrhe n'a pas de tendance à passer à l'état de carcinôme; le globe de l'œil lui-même est

très-sec, les bords des paupières sont encroûtés de matière sébacée presqu'à demi desséchée ; la cornée est plus ou moins opaque, et prend même l'aspect cadavéreux, si la maladie a déjà duré long-temps. Il résulte, du reste, des signes commémoratifs, que cette désorganisation a été immédiatement précédée d'une inflammation de la glande lacrymale.

Beer a observé que les individus scrophuleux, d'un tempérament *phlegmatique* et *insensible*, sont le plus sujets à cette maladie.

Quant au pronostic de cette affection, il est à remarquer que le malade peut la porter nombre d'années sans que sa santé en paraisse affectée.

Le pronostic ne devient très-grave que dans le cas où le squirrhe passe à l'état de cancer ; Beer et quelques autres médecins pensent que cette maladie est au-dessus des ressources de l'art, et que ni les médicamens, ni l'opération ne peuvent rien contre elle. Cependant on a employé pour la combattre, surtout en France, la ciguë, les opiacés, l'hydrochlorate de Baryte, etc., soit à l'extérieur, soit à l'intérieur.

L'opération offre beaucoup de difficultés ; voici comment on y procède : un aide, appuyant contre sa poitrine la tête du malade, soulève la paupière supérieure avec l'index et le doigt médius d'une main, pendant qu'il abaisse la paupière inférieure avec les mêmes doigts de la main opposée ; l'opérateur se sert d'un bistouri fixe sur son manche, pour faire avec précaution une incision au dessus de la tumeur, et à l'endroit où la paupière supérieure s'unit au globe de l'œil, en ayant la précaution de ne pas intéresser ce dernier. Après s'être frayé par ce moyen une voie jusqu'à la glande endurcie, il la saisit avec une petite airigne double, et l'isole complétement des parties environnantes, ayant soin de ne laisser dans le fond de la plaie aucune partie qui soit dans un état d'induration. On fait ensuite un pansement léger, et on traite d'une manière convenable l'inflammation consécutive.

AUGMENTATION NORMALE DE LA SÉCRÉTION DE LA GLANDE LACRYMALE.

Epiphora, Dacryorrhysis (de δάκρυον, larmes, ῥέω, couler), Flux lacrymal, larmoiement.

On entendait autrefois par flux lacrimal ou larmoiement, cet état dans lequel les larmes coulent continuellement des yeux, soit que la maladie dépendît d'une augmentation d'activité de la glande lacrymale, soit qu'elle fût due à une diminution ou à une abolition complète de la fonction des conduits lacrymaux. Le célèbre ADAM SCHMIDT (1) est le premier qui a établi une distinction entre ces deux états. Il a désigné le premier sous les noms de *Dacryorrhysis*, *Epiphora*, et le second sous ceux de *Dacryostagon*, *stillicidium lacrymarum*.

Il y a diverses espèces de *dacryorrhysis* qui réclament un traitement différent. Tantôt il sera un symptôme précurseur ou concomitant de presque toutes les ophthalmies simples un peu fortes; cette espèce se dissipe ordinairement avec l'inflammation, et ne mérite par conséquent pas que nous nous y arrêtions. Souvent le *dacriorrhysis* est la suite d'ophthalmies, surtout chez des sujets très-sensibles; il peut revêtir un caractère de chronicité, il s'exaspère communément lorsque le temps est humide, et s'améliore au contraire dans les temps secs et chauds. On obtient la guérison de cet épiphora par des soins convenables, comme l'application sur l'œil trop sensible, de compresses sèches et chaudes, et si cette exaltation de la sensibilité est générale, par l'administration simultanée à l'intérieur de médicamens, tels que l'extrait de jusquiame, administré au début dans l'intention d'émousser la sensibilité, et ensuite par l'usage des toniques, etc. Enfin on peut employer à l'extérieur des dérivatifs, comme

(1) L. c., p. 203.

les cautères, les vésicatoires et des collyres, dans lesquels on fait entrer une dose légère de perchlorure de mercure et d'opium, ou une solution de pierre divine avec l'acétate de plomb, et la teinture d'opium safrané, etc. Il est très-important de se régler pour l'emploi de ces moyens sur la sensibilité de l'œil malade. Une troisième espèce d'*épiphora* s'observe comme symptôme concomitant de la scarlatine, de la rougeole et de la variole. Il disparaît ordinairement avec la maladie principale, et n'exige point de traitement particulier; mais si l'écoulement des larmes persiste et devient chronique, il convient de le traiter comme nous venons de l'indiquer. Enfin cette troisième modification du dacryorrhysis est quelquefois aussi un accident qui persiste chez les sujets syphilitiques, galeux, scrophuleux, arthritiques et scorbutiques; dans ces cas, ces affections, indépendamment de leurs symptômes ordinaires, se manifestent aussi par l'épiphora.

On obtient la guérison de cette dernière variété chez les sujets syphilitiques et galeux, par un traitement interne, par l'administration du mercure, chez les premiers, et du souffre chez les seconds, et en soumettant les uns et les autres à l'emploi des collyres préparés avec le sublimé, ou à l'introduction répétée deux fois par jour, d'une certaine quantité de pommade citrine vers l'angle interne de l'œil. Le dacryorrhysis chez les scrophuleux doit être traité d'après les préceptes recommandés pour la maladie scrophuleuse. Les topiques se bornent ici à des compresses chaudes et sèches, suivant la sensibilité du sujet et de l'œil en particulier; si le malade est d'une sensibilité plus obtuse, on emploie les styptiques déjà indiqués ou la pommade préparée avec le deutoxide de mercure (précipité rouge).

Le meilleur moyen pour combattre la dacryorrhysis arthritique, lorsque l'arthritis ne peut être guérie, consiste à entretenir pendant long-temps des fonticules qui agissent comme moyen de dérivation sur la *tendance morbule* de la glande lacrymale. Dans l'épiphora des scorbutiques, qui

n'affecte que la classe la plus pauvre, les larmes ont quelquefois l'aspect du sérum du sang, et sont même dans certains cas mêlées de véritable sang, (larmes de sang, *dacryohaemarrhysis*). Les moyens auxquels cet accident cède le mieux, consistent dans un changement favorable du régime et de l'habitation, dans un exercice convenable du corps, pris au milieu d'une atmosphère fraîche et saine; les styptiques, et surtout la décoction d'écorce de chêne avec l'alun sont les meilleurs topiques qu'on puisse leur opposer.

ALTÉRATIONS DU FLUIDE LACRYMAL.

La sécrétion des larmes peut, non seulement éprouver des modifications sous le rapport de la quantité, mais ce fluide peut encore être altéré dans sa composition; ainsi on le trouve quelquefois plus riche en principes salins que de coutume. Il m'est arrivé dans un cas d'ictère violent, de lui trouver une teinte manifestement jaunâtre; mais le défaut de bonnes analyses, nous met dans l'impossibilité de juger des services que nous pourrions retirer de la chimie pour éclairer ce point de pathologie. Je profite de cette occasion pour parler d'un état remarquable des larmes, où l'on voit ce fluide produire des concrétions calculeuses (*dacryolithes*). On en a plusieurs exemples; le plus instructif, le plus détaillé, et le plus digne de remarque est celui qui est rapporé par M. Ph. de Walther (*Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, 1. B. 1. H. S. 163.), que je vais reproduire en peu de mots.

La jeune fille, fort saine du reste, chez qui M. de Walther observa ces concrétions calculeuses, avait d'abord été affectée de violentes odontalgies qui ne furent soulagées que par l'extraction successive de plusieurs dents; plus tard, cette malade avait été sujette à des constipations opiniâtres accom-

pagnées de coliques, qu'on fit cesser par des fomentations, des embrocations et des lavemens.

Environ quatre mois après cette époque, la jeune fille se plaignit d'une douleur brûlante et pongitive daus l'œil gauche, qui augmentait par les mouvemens du globe de l'œil et par l'exposition de la vue à une vive lumière du soleil. En examinant l'œil avec attention, on trouva vers le repli de la conjonctive, entre le bulbe oculaire et la paupière inférieure, vers la commissure externe, un calcul blanc, anguleux, du volume d'un pois, qu'on broyait facilement entre les doigts, et qui laissa un résidu sablonneux et graisseux. Quelques jours plus tard, on trouva dans le même endroit un autre calcul tout-à-fait semblable au premier.

Pendant ce temps, l'inflammation de l'œil avait continué à faire des progrès; elle s'accompagnait de photophobie et d'augmentation de la sécrétion lacrymale. M. de Walther prescrivit deux saignées en quatre jours, et soumit la malade à un traitement antiphlogistique énergique.

La production des calculs dans l'œil malade devint si rapide, que d'abord on en retirait deux, et vers la fin jusqu'à trois par jour, qui étaient même plus gros que les précédens.

On fit prendre à l'intérieur la préparation suivante :

℞ Carbonate de potasse purifié. . . . ʒ jß.
Faites dissoudre dans eau de canelle. ℥ iv.
Ajoutez sirop diacode. . . . . ℥ ß.
Mêlez.

A prendre quatre fois par jour à la dose d'une demi-cuillerée à bouche.

La malade faisait en même temps usage d'une tisane de pensée (*jacea* ou *viola tricolor*). Les urines devinrent troubles, et la production des calculs cessa peu à peu; mais elle se montra presque aussitôt dans l'autre œil, en sorte qu'il fallut revenir aux mêmes moyens qui produisirent de nouveau

un résultat favorable. La durée de cette singulière affection fut de dix semaines.

Quelques années après, la maladie récidiva, mais elle fut moins grave, et céda plus promptement aux moyens que nous venons d'indiquer.

OBLITÉRATION DES CANAUX EXCRÉTEURS DE LA GLANDE LACRYMALE.

Atresia ductuum excretoriorum glandulæ lacrymalis.

Cette oblitération a lieu souvent à la suite de plaies ou de brûlures dans la région de la glande lacrymale ; le plus ordinairement, quelques-uns des conduits lacrymaux restent encore béans et susceptibles de remplir leur fonction. Les signes qui indiquent cette oblitération sont une sécheresse (*xerophthalmos, scheroma*), et une immobilité de l'œil, accompagnées d'une sensation analogue à celle que produirait la présence d'une poussière entre les paupières ; quand on examine l'œil avec attention, on trouve, vers l'angle supérieur externe de l'orbite, une cicatrice qui s'étend quelquefois jusqu'à la conjonctive. Du reste, la sécheresse de l'œil, indiquée par le malade, n'est pas visible pour le médecin, car cet organe paraît brillant et humide.

Le pronostic est ici très-favorable ; car ceux des conduits lacrymaux qui sont restés intacts se dilatent peu à peu, et finissent par entretenir l'œil dans une humidité convenable.

Le traitement palliatif, le seul qui soit ici applicable, doit consister en collyres purement mucilagineux, composés soit avec le salep, la racine de guimauve, la décoction de mauve, le mucilage de gomme arabique, etc., avec lesquels on tient l'œil constamment humecté.

TUMEUR LACRYMALE DÉVELOPPÉE DANS LE TISSU CELLULAIRE.

Dacryops (de Δάκρυ, larme et Ὤψ, œil).

Symptômes. Lorsque cette tumeur enkystée, qui grossit rapidement par l'épanchement des larmes, est un peu considérable, on l'observe à la paupière supérieure, près de l'angle externe; elle est élastique, circonscrite, sans douleur, et de la couleur de la peau; à en juger par le toucher, elle doit pénétrer profondément dans l'orbite, et détermine, quand on la presse un peu fortement, une sensation gravative dans le globe de l'œil, et une *photopsie* passagère. Quand on soulève la paupière supérieure, en l'écartant du globe de l'œil, et en pressant la tumeur en dehors, la conjonctive fait saillie en devant sous forme d'une poche arrondie, dans laquelle on sent distinctement une fluctuation.

La cause prochaine de cette maladie consiste, d'après Schmidt (l. c. p. 68), en ce que l'extrémité d'un conduit excréteur de la glande lacrymale vient s'ouvrir dans le tissu cellulaire, sous la conjonctive oculaire, d'ou résulte l'accumulation d'une certaine quantité de larmes qui venant à distendre une cellule ou aréole, forment ainsi une sorte de poche. Schmidt et Beer qui décrivent cette maladie rare, l'ont toujours observée chez des enfans; le dernier de ces auteurs l'a vue deux fois survenir à la suite d'une lésion extérieure.

Quoique cette affection n'entraîne pas de graves inconvéniens pour l'œil, il est néanmoins difficile de la guérir complètement, autant à cause de l'impatience des malades, que du danger résultant du lieu sur lequel on doit opérer.

Voici le procédé opératoire qu'on doit employer lorsqu'on cherche à obtenir une guérison complète. Un aide soulève la

paupière supérieure, en l'écartant du globe de l'œil, il repousse la tumeur de haut en bas et en avant; l'opérateur fait avec un bistouri une incision sur la conjonctive qui la recouvre, en pénétrant jusque sur le kyste qui est toujours très-mince; saisissant alors celui-ci à l'aide de pinces fines, il en fait la dissection avec un bistouri à lame flexible, mousse et arrondie, en ayant soin de diviser le tissu cellulaire plutôt en pressant qu'en sciant. Lorsque le kyste a été disséqué aussi loin que possible, on passe par la plaie une aiguille courbe, armée d'un gros fil de soie simple; on lui fait traverser la partie du kyste encore restante, le muscle, orbiculaire et la peau, et on la fait sortir près du bord de la paupière supérieure et de la commissure externe, de manière à établir un véritable séton. Si les tractions fréquentes exercées sur ce fil ne déterminent pas d'inflammation dans l'espace de vingt-quatre heures, on l'enduit avec des caustiques d'abord faibles, dont on augmente ensuite l'activité, on peut se servir à cet effet d'une dissolution de pierre infernale, de potasse caustique ou de beurre d'antimoine. S'il n'en résulte pas une inflammation suffisante pour opérer l'oblitération du kyste ou sa destruction par la suppuration consécutive, on doit renoncer à l'espoir d'une guérison radicale et se borner au traitement palliatif, qui consiste à imprégner d'une dissolution d'acétate de plomb, ou de pommade de tutie, etc., le fil qui fait l'office de séton, et à le changer fréquemment de place pour obtenir une ouverture calleuse. Celle-ci étant devenue libre par la suppression du fil, le malade peut vider la tumeur à mesure qu'elle se forme de nouveau, en employant la pression pour faire sortir les larmes à travers l'ouverture ménagée. SCHMIDT désigne cette tumeur ainsi pourvue d'une ouverture, sous le nom de *Dacryops fistulosus*.

HYDATIDE DE LA GLANDE LACRYMALE.

Hydatis glandulæ lacrymalis, Glandula lacrymalis hydatoidea.

Cette terrible maladie, qui est heureusement fort rare, consiste, selon les observateurs, en ce qu'une des aréoles du tissu cellulaire qui unit entre elles les diverses granulations composant la glande lacrymale, venant à être distendue en forme de vésicule par le fluide lacrymal qui s'y est épanché et décomposé, celle-ci finit par se séparer du tissu cellulaire ambiant, et représente une hydatide indépendante, sans adhérence, située entre les granulations de la glande lacrymale. Lorsque son accroissement est très-lent, elle chasse le bulbe de l'œil hors de l'orbite, sans développer aucune in-inflammation, (*exophthalmos*); ou bien lorsque son accroissement est plus rapide, il s'accompagne de l'inflammation du globe de l'œil (*exophthalmie*), qui dans tous les cas est dirigé vers le nez.

Quand l'accroissement de l'hydatide s'opère lentement et s'accompagne d'*exophthalmos*, on reconnaît la maladie aux caractères suivans : le malade se plaint d'une douleur sourde, profonde, ayant son siége dans l'orbite; il lui semble que le globe de l'œil soit poussé d'arrière en avant; cette sensation est surtout prononcée lorsque dans ses mouvemens cet organe se dirige vers la glande lacrymale. Alors le bulbe oculaire, très-peu rouge, fait saillie hors de l'orbite dans la direction indiquée, en occasionant un sentiment douloureux de tension dans l'œil et la moitié de la tête du même côté; l'organe de la vue devient de plus en plus sec, le moindre de ses mouvemens ne peut avoir lieu sans être accompagné du phénomène de la photopsie, ils s'exécutent d'abord difficilement et finissent par devenir tout-à-fait impos-

sibles. La faculté de voir existe encore, seulement elle s'accompagne quelquefois de diplopie; les objets paraissent défigurés; cependant dans certains momens ils n'offrent rien d'extraordinaire. Enfin, la vue se brouille de plus en plus, et finit par se perdre entièrement, les douleurs de tête qui n'ont pas cessé, augmentent d'intensité, le muscle oblique supérieur de l'œil (grand oblique, Chaussier) est, d'après Schmidt, dans un mouvement spasmodique continu, (phénomène que Beer n'a jamais observé), le globe oculaire prend un aspect sale, de plus en plus cadavéreux, et semble annoncer une mort prochaine, lors même que toutes les fonctions vitales s'exécutent encore bien. On sent alors, d'une manière distincte, une dureté rénitente, vers la commissure externe, entre l'œil et le bord externe de l'orbite.

Lorsque la maladie est accompagnée d'*exophthalmie*, elle se manifeste par les symptômes suivans : le globe de l'œil enflammé et plus volumineux est poussé hors de l'orbite, le malade ressent également des douleurs dans le fond de la cavité orbitaire, mais il les rapporte plutôt au bulbe oculaire, qui est si promptement désorganisé par la suppuration, que si on ne l'ouvre pas à temps, il se déchire spontanément en occasionant les douleurs les plus atroces, et il s'en écoule un mélange de sang et de pus de mauvaise nature; il ne s'affaisse pas, mais il reste hors de l'orbite, sous forme d'une masse charnue, irrégulière; la céphalalgie continue, le sommeil et l'appétit sont perdus, et la glande parotide du côté malade se tuméfie. On sent dans la région de la glande lacrymale, comme dans le cas précédent, une dureté rénitente, presque fluctuante. La cause directe de l'hydatide de la glande lacrymale est encore inconnue.

Le pronostic est toujours incertain. Il n'est pas favorable lorsque l'hydatide est déjà très-développée. Quand l'œil poussé hors de l'orbite a perdu la faculté de voir, et a pris l'aspect cadavéreux, sans qu'il y ait *exophthalmie*, le malade ne tarde pas à succomber à des accidens d'abord comateux, et ensuite

apoplectiques. S'il existe au contraire une *exophthalmie*, l'œil non-seulement est désorganisé quand on néglige la maladie, mais on voit aussi s'opérer peu à peu la destruction des os de l'orbite, et la mort arrive lentement.

Traitement. Comme il est impossible de porter un diagnostic certain sur cette maladie à son début, et que l'hydatide ne peut être extirpée, parce que dans cette opération on intéresserait quelqu'une des parties voisines, telles que le ganglion ophthalmique, la glande lacrymale, le muscle droit externe de l'œil, etc., on est obligé de recourir à l'opération suivante, comme moyen palliatif : on enfonce profondément une lancette étroite sous la paupière supérieure, près de la commissure externe, et dans la direction de la glande lacrymale, jusqu'à ce qu'on voie s'écouler l'humeur contenue dans l'hydatide; on introduit ensuite dans la plaie une petite tente de charpie en forme de bougie, ou une corde à boyau enduite d'eau blanche ou de pommade saturnine, dans le but d'établir une plaie fistuleuse, afin de pouvoir donner issue à l'humeur sanguinolente qui doit s'accumuler par la suite. On est quelquefois assez heureux pour extraire par cette ouverture le kyste détaché, au moyen d'une pince. Si le bulbe poussé hors de l'œil est frappé de cécité, s'il offre un aspect sale et cadavéreux, ou s'il est violemment enflammé, et qu'il ait déjà éprouvé un changement de forme, on ne doit pas conserver beaucoup d'espoir, même en employant le traitement palliatif qui vient d'être décrit.

MALADIES DU SAC LACRYMAL.

Inflammation simple du sac lacrymal (Dacryocystitis).

Symptômes. Une tumeur dure, circonscrite, réniforme et sensible, s'élève dans la région du sac lacrymal, accompagnée de douleurs sourdes qui se propagent jusque dans le nez et le

globe de l'œil; il s'y joint les signes d'un coryza avec écoulement de mucosités âcres par le nez. Cette tumeur finit par devenir très-rouge, et ne peut plus supporter le moindre contact; il survient en même temps un larmoiement et un état de sécheresse des fosses nasales. Les joues, les parties voisines sont souvent alors frappées d'érysipèle qui s'accompagne, surtout chez les personnes délicates, de malaise et de fièvre. Lorsque l'inflammation n'est pas intense, une pression exercée sur le sac lacrymal fait sortir par les points lacrymaux une petite quantité de mucus d'un blanc jaunâtre, mêlé de larmes. Mais si l'inflammation du sac lacrymal est plus violente, les narines deviennent de plus en plus sèches et l'œil est larmoyant, ce qui tient au défaut d'absorption des larmes par les points lacrymaux. C'est dans cette période seulement que commence l'extension réniforme de la paroi antérieure du sac lacrymal, ou du moins elle augmente alors plus rapidement, parce que les humeurs qui continuent à être sécrétées par la surface de cette cavité ne trouvent d'issue, ni dans la partie supérieure, ni dans la partie inférieure. Mais cette dilatation entraîne avec elle une augmentation d'intensité de l'inflammation, au point qu'il devient impossible de s'opposer à la suppuration.

Au début du second stade ou période blennorhoïque, le sac lacrymal sécrète une si grande quantité de mucus, que, le canal nasal étant souvent obstrué, la paroi antérieure du premier, qui n'est appuyée sur aucune partie osseuse, est si fortement dilatée, qu'on y sent la fluctuation avant même que le pus ne soit formé; la membrane muqueuse qui tapisse les fosses nasales et la caroncule lacrymale secrète aussi des mucosités en plus grande abondance. C'est à ce point que la maladie se juge; car, ou l'intensité des phénomènes inflammatoire cesse, le canal nasal redevient libre, le produit de la sécrétion muqueuse devient plus ténu, et cette sécrétion peut continuer encore long-temps; ou bien, la tumeur du sac lacrymal s'accroissant de plus en plus, la rougeur devenant

plus foncée et la peau plus luisante, on sent une fluctuation distincte, et on aperçoit vers le milieu du sac lacrymal un point jaunâtre, ramolli, dont on doit se hâter de faire l'ouverture, pour éviter la formation d'une véritable fistule du sac lacrymal. Si on laisse l'abcès s'ouvrir de lui-même, il ne se fait jamais qu'une très-petite ouverture fistuleuse qui ne peut donner issue à la portion la plus consistante du pus, circonstance qui s'oppose à ce que la tumeur s'affaisse complètement.

Enfin, par un traitement convenable, on voit la sécrétion muqueuse du sac lacrymal diminuer et reprendre ses qualités naturelles. L'ouverture du sac lacrymal guérit ensuite spontanément ou par le secours de l'art; mais il reste le plus communément une fistule capillaire très-étroite, pour laquelle nous indiquerons plus loin la conduite à tenir. Lorsque cette inflammation et cette suppuration ont une marche rapide et que le sac lacrymal a été ouvert à temps, la membrane qui tapisse le canal nasal n'est ordinairement que tuméfiée, d'où il résulte que ce conduit n'est encore que rétréci sans être oblitéré. Mais si on abandonne la maladie à elle-même, si la tumeur n'est pas ouverte à temps, ou que l'inflammation procède avec lenteur, comme cela arrive ordinairement chez les sujets faibles, scrophuleux, etc., et que l'affection récidive toujours, il arrive quelquefois qu'il se fait à la surface de la membrane muqueuse du canal nasal une sécrétion de lymphe plastique, qui détermine l'adhérence des parois de la membrane muqueuse entre elles et l'oblitération du canal nasal; cependant cette adhérence peut aussi s'établir par une agglutination immédiate.

Un autre inconvénient résulte encore de la négligence apportée dans le traitement de cette maladie, et de l'omission de l'ouverture de l'abcès; le pus corrode la membrane du sac lacrymal sur un de ses points, et donne lieu à une carie osseuse; celle-ci peut aussi affecter les os du bord de l'orbite, parce que le pus ne pouvant se faire jour au dehors par

les ouvertures fistuleuses qu'à une époque plus reculée, séjourne long-temps dans le tissu cellulaire qui sépare le globe de l'œil du sac lacrymal.

On peut voir chez des sujets sains d'ailleurs, la dacryocystite simple (1) être le résultat d'une contusion sous l'angle interne de l'œil; mais l'état simple de cette inflammation est très-rare; elle est le plus souvent compliquée d'affections scrophuleuses, syphilitiques, arthritiques, catarrhales, rhumatiques, etc.

Pendant la période inflammatoire on peut porter un pronostic favorable si le sac lacrymal n'a pas éprouvé une trop forte contusion, ou s'il n'a pas été déchiré. Quand on ne peut obtenir la résolution de l'inflammation, il reste le plus souvent une sécrétion muqueuse anormale qui s'accumule dans le sac lacrymal, accident que Schmidt désigne sous les noms de *dacryops blennoideus*, et dont on obtient facilement la guérison. Mais si l'inflammation a été très-forte, et qu'elle ait été abandonnée à elle-même, il reste le plus souvent une oblitération complète ou incomplète du canal nasal. Les conduits lacrymaux s'oblitèrent aussi quelquefois de la même manière, et il en résulte un épiphora continu incurable.

Dans le cours de la seconde période, il est difficile de porter un pronostic certain relativement à la sécrétion mucoso-purulente du conduit lacrymal; au commencement de ce stade, au contraire, lorsque le sac lacrymal ne sécrète encore que de simples mucosités, on peut plus facilement s'attendre à une issue favorable; car ici le médecin peut encore es-

(1) Je connais un cas remarquable de *dacryocystite chronique*, suivie d'un *dacryops blennoideus* qui s'est présenté chez la femme d'un tailleur. Cette femme mangeant un jour des cerises, un noyau avait pénétré à son insçu (peut-être riait-elle en ce moment) dans les fosses nasales par l'un de leurs orifices postérieurs, et s'était arrêté à la partie inférieure du canal lacrymal. La présence de ce corps avait entretenu la maladie pendant neuf mois, lorsqu'il fut découvert par mon ami M. le docteur Bartky, qui en fit l'extraction, et la maladie cessa aussitôt.

pérer obtenir une suppuration qui soit susceptible d'être amenée à une terminaison heureuse. Mais si la suppuration existe déjà, le pronostic n'est favorable qu'autant qu'elle est établie depuis peu ; car il est très-fâcheux quand le sac lacrymal est sur le point de se rompre, ou lorsqu'il existe déjà une ouverture fistuleuse. Dans ce dernier cas, le résultat de cette maladie peut être une atonie durable, ou même une destruction complète des points et des conduits lacrymaux. Si on commet l'imprudence de faire cicatriser l'ouverture fistuleuse sans avoir égard à l'oblitération du canal nasal et des conduits lacrymaux, le mucus qui continue à être sécrété par le sac lacrymal s'y accumule, et on voit se développer une tumeur dont la surface ne diffère pas pour la couleur de celle du reste de la peau : c'est cet accident que le professeur BEER désigne sous le nom d'hydropisie du sac lacrymal, *hydrops sacci lacrymalis.*

On parvient à guérir cette maladie pendant la période inflammatoire par l'application de compresses trempées dans l'eau froide ou l'oxycrat, et en faisant fréquemment renifler de l'eau froide. Selon l'urgence, on fait aussi des applications de sangsues, en ayant soin d'entretenir pendant quelque temps le saignement de leurs piqûres. Lorsqu'on est parvenu à dompter l'inflammation, il est bon de faire faire avec précaution autour du sac lacrymal, plusieurs fois par jour, des frictions avec l'onguent mercuriel (*unguentum hydrarg.*). Si l'inflammation est compliquée d'une affection catarrhale, rhumatique, arthritique, syphilitique, etc., il faut pendant la première période faire renifler de l'eau tiède au lieu d'eau froide. Dans le second stade, lorsqu'on voit que les tentatives pour obtenir une résolution ont été vaines, ce qu'on a de mieux à faire, c'est de favoriser la suppuration dans le sac lacrymal par des émolliens, et d'ouvrir l'abcès avec un bistouri en forme de lancette, aussitôt que le centre de la tumeur est ramolli et que la fluctuation y est manifeste.

On favorise ensuite l'évacuation du pus et des mucosités

en injectant avec précaution par l'ouverture, de l'eau de roses tiède, soit seule, soit mêlée, selon les circonstances, avec le laudanum liquide de Sydenham, l'acétate de plomb et des substances mucilagineuses. S'il reste quelque dureté après l'évacuation du pus et du mucus, on doit en favoriser le ramollissement par des applications de ciguë et de camphre, etc. On introduit en même temps un peu de charpie humectée de laudanum liquide dans la plaie, et on recouvre celle-ci avec un emplâtre de diachylon composé. Si la suppuration cesse, et qu'il ne reste plus qu'une sécrétion muqueuse anormale, on emploie une dissolution de pierre divine qu'on instille dans l'angle interne de l'œil, ou qu'on injecte par l'ouverture de la plaie.

℞ Pierre divine.	gr.	ij.
Eau de roses.	℥	iv.
Laudanum liquide de Sydenham. .	ʒ	ß.
Mucilage de gomme arabique. .	ʒ	ij.
Mêlez.		

Ces collyres doivent toujours être employés tièdes.

Le collyre de Conradi (1) est également utile, surtout, lorsque la maladie est liée à une dyscrasie scrophuleuse. Si l'usage de pommades devient nécessaire, on en recouvre un bourdonnet qu'on introduit une fois par jour dans la plaie. Ce n'est que lorsque la sécrétion muqueuse est ensuite revenue à l'état normal, que le médecin peut s'occuper de rétablir le passage des larmes par le canal nasal, après s'être préalablement assuré de la perméabilité des conduits lacrymaux, ou de la possibilité de les rendre libres. Si la narine reste sèche du côté malade, et que l'introduction de la sonde fasse présumer un boursouflement de la membrane muqueuse du sac lacrymal et du canal nasal, on obtient souvent de

(1) Voyez-en la formule page 58.

très-bons effets de l'emploi d'une pommade contenant une faible proportion de précipité rouge, dont on enduit légèrement un bourdonnet qu'on introduit dans la plaie. Ainsi on peut employer les préparations suivantes :

I. ℞	Deutoxide de mercure.	gr. j.-ij.-iij.
	Laudanum liq. de Sydenham. . .	℈ j.
	Axonge.	℥ j.
	Mêlez.	

II. ℞	Deutoxide de mercure.	gr. j. — iij.
	Protoxide de zinc.	gr. iv.—vj.
	Axonge.	℥ j.

On ajoute souvent avec avantage, au lieu de protoxide de zinc, dix à quinze gouttes d'acétate de plomb liquide. Lorsque le trajet des larmes est rétabli, on peut faire cicatriser la plaie, avec l'espoir d'une guérison radicale. Mais il est indispensable de continuer l'usage des topiques jusqu'à ce que la sécrétion purulente du sac lacrymal ait cessé, et qu'on ne remarque plus sur le bourdonnet, qui doit être renouvelé tous les jours, qu'une très-petite quantité de mucus puriforme, uniquement produit par les parois de l'ouverture de la plaie. Il est bon de continuer encore pendant quelque temps l'usage de ces pommades, lorsque la plaie extérieure est déjà fermée. On les introduit dans l'angle interne de l'œil où elles sont absorbées par les points lacrymaux, d'où elles pénètrent jusque dans le sac lacrymal et le canal nasal. Lorsqu'il s'agit d'une fistule du sac lacrymal ayant une ouverture calleuse à la peau, il faut élargir celle-ci en haut et en bas, introduire au fond de la plaie de la charpie humectée avec du laudanum liquide, qu'on recouvre d'un emplâtre de diachylon, et appliquer sur le tout des cataplasmes chauds, faits avec le lait, la ciguë, la saponaire et du camphre, jusqu'à ce que la dureté calleuse soit entièrement dissipée.

La première période de la *dacryocystite* étant loin d'avoir toujours l'intensité nécessaire pour pouvoir passer à l'état de suppuration, et occasionant souvent, au contraire, pendant quelque temps, une *blennorrhée durable du sac lacrymal*, durant laquelle sa membrane muqueuse se trouve dans un état de subinflammation, je crois devoir en parler ici. Dans ces affections subinflammatoires, constamment chroniques, du sac lacrymal, il n'y a souvent absolument aucune douleur, en sorte que le malade n'éprouve une tension incommode que lorsque le mucus s'est amassé en grande quantité dans le sac; les signes du coryza manquent aussi quelquefois. Ces divers états inflammatoires sont rarement simples, ils dépendent, au contraire, le plus ordinairement d'une affection profonde, rhumatique, arthritique, etc. Il s'y joint constamment un boursouflement chronique de la membrane muqueuse du sac lacrymal, qui tantôt augmente, tantôt diminue, suivant que le temps est humide et froid, ou sec et chaud. Cette forme peut se convertir en *dacryocystite aiguë*, et alors elle peut aussi passer à l'état de suppuration; quelquefois cette affection peut occasioner une distension de la paroi extérieure du sac lacrymal; nous en parlerons au chapitre suivant, sous le nom de *hernie du sac lacrymal*.

Les frictions avec l'onguent mercuriel sont également utiles dès le début; le boursouflement de la membrane interne du sac lacrymal et la sécrétion muqueuse, cèdent assez souvent à l'emploi d'une dissolution de perchlorure de mercure, de pierre divine mêlée au laudanum ou à l'acétate de plomb, etc., qu'on instille trois ou quatre fois par jour; seulement la guérison marche très-lentement. Celle-ci est devenue impossible si la maladie est très-ancienne; dans ce cas, on recommande au malade d'exprimer le mucus plusieurs fois dans la journée; c'est le meilleur moyen de prévenir la distension du sac lacrymal, et d'empêcher son inflammation aiguë, inflammation qui se reproduirait toujours.

Il est inutile de dire qu'il faut toujours prendre en considération les affections générales qui sont souvent l'unique cause qui produit et entretient les inflammations du sac lacrymal. Dans les cas où il n'y a pas d'indications spéciales à remplir, on a recours aux moyens dont je vais parler. J'ai administré le *calomel* avec un avantage particulier, dans les cas ordinaires, vers la fin de la première période et au commencement de la seconde, surtout à une dose capable de produire des évacuations matin et soir, c'est-à-dire à la dose d'un grain et demi à deux grains et demi chaque fois. Si l'on soupçonne l'existence d'une exsudation de lymphe plastique ou cohésive dans le canal nasal, il vaut mieux donner le calomel à doses fractionnées, jusqu'à ce qu'on voie survenir les signes de l'affection des organes salivaires. Il faut aussi quelquefois, suivant les circonstances, joindre l'usage d'autres médicamens, tels que le soufre doré d'antimoïne (deuto-sulfure d'antimoine) etc. Dans des cas où le sac lacrymal était le siége d'une subinflammation chronique, chez des scrophuleux, j'ai obtenu de bons résultats de l'usage prolongé de l'*éthiops antimonié*, combiné avec la rhubarbe, la résine de gaïac et le tartre tartarisé (proto-tartrate de potassium). Il est un moyen qui ne peut guère être remplacé par d'autres dans les phlegmasies dyscrasiques, il consiste en un *emplâtre de tartre stibié* qu'on tient appliqué derrière l'oreille du côté malade, jusqu'à ce que les boutons, dont il occasione l'éruption, se soient ouverts.

Lorsque l'inflammation est intense, soit qu'elle s'accompagne de fièvre ou non, il est utile de faire prendre pendant quelques jours des *laxatifs antiphlogistiques*. Enfin les pédiluves sont quelquefois nécessaires pour achever la cure, et souvent on retire de grands avantages des bains généraux tièdes, et de l'habitation dans un air pur, sec et chaud.

Lorsque les conduits lacrymaux et le canal nasal sont obli-

térés, on doit mettre en usage le traitement qui sera indiqué plus loin en parlant de la fistule du sac lacrymal (1).

HERNIE ET HYDROPISIE DU SAC LACRYMAL.

Hernia et hydrops sacci lacrymalis.

Ces deux maladies étant souvent occasionées l'une par l'autre, nous allons les décrire en même temps.

On reconnaît la hernie du sac lacrymal à une tumeur réniforme, indolente, sans changement de couleur à la peau, ayant son siége sous l'angle interne de l'œil ; lorsqu'on la presse avec le doigt, on voit sortir une humeur muqueuse mêlée de larmes par les points lacrymaux, ou par le canal nasal quand on bouche ceux-ci en les pressant avec le doigt ; on vide ainsi la tumeur, mais elle ne tarde pas à se remplir de nouveau. Cette affection consiste dans un relâ-

(1) La *dacryocystite* que nous venons d'examiner particulièrement comme une inflammation simple, se présente néanmoins rarement avec ce caractère de simplicité. Les formes varioleuse, morbilleuse, scarlatineuse, psorique, syphlitique, scrophuleuse, etc., sont beaucoup plus fréquentes, aussi allons-nous dire quelques mots sur ces modifications de la *dacryocystite simple*.

On voit assez souvent l'inflammation du sac lacrymal accompagner la rougeole, la scarlatine et la variole ; il faut alors, tant que la phlogose prédomine, la combattre par un traitement antiphlogistique léger, parce qu'elle se développe le plus souvent chez des sujets très-débiles ; on fait encore utilement concourir l'emploi des bains et d'une douce chaleur. Par ces moyens on ne réussit pas à faire avorter l'inflammation, mais souvent on empêche la suppuration.

A la suite de cette inflammation, il reste ordinairement un écoulement muqueux, souvent très-chronique (*dacryoblennorrhœa*, *blennorrhœa sacci lacrymalis*), qui tient en quelque sorte le milieu, comme on l'a dit ci-dessus, entre la résolution et la suppuration, et qui disparaît quelquefois de lui-même chez les jeunes filles, à la première menstruation, ou à la première grossesse. Il faut, dans ces blennorrhées, nettoyer

chement et une distension de la paroi antérieure du sac lacrymal; on la considère communément comme la suite d'une *dacryocystite*.

Lorsque la maladie ne présente qu'une simple hernie, le pronostic est très-favorable. Cependant si l'affection est ancienne et que le fluide amassé n'ait pas été souvent exprimé, son séjour prolongé dans le sac lacrymal fait qu'il y éprouve quelquefois une altération qui le rend susceptible d'irriter la paroi interne du sac; celui-ci s'enflamme, l'inflammation se propage aux parties voisines, devient de plus en plus violente et érysipélateuse, surtout chez les personnes qui ont la peau délicate; la tumeur s'élève graduellement, se ramollit au centre où elle finit par s'ouvrir, et il peut en résulter une véritable fistule lacrymale. La transformation d'une *hernie* en une *hydropisie* du sac lacrymal est encore plus facile.

On guérit cette affection en établissant une pression continue sur la tumeur au moyen de compresses graduées, sur lesquelles on applique une pelotte de peau qui est maintenue au moyen d'un bandage unissant étroit. On peut en augmenter la pression en mouillant les compresses avec des liquides astringens. Lorsque l'affection ne paraît tenir qu'à

l'œil et comprimer fréquemment le sac lacrymal, pour s'opposer à ce que le mucus n'occasione, en s'y amassant une hernie de ce réservoir.

L'emploi du mercure est indiqué dans la *dacryocystite syphilitique*, aussi l'usage de l'onguent napolitain à l'extérieur produit-il de très-bons effets. On voit fréquemment des caries osseuses être la suite de cette inflammation du sac lacrymal. Il est surtout utile, dans le traitement de la *dacryocystite psorique*, d'entretenir la perspiration cutanée; c'est pourquoi les les bains sulfureux sont très utiles.

Les *dacryocystites arthritiques* qui se manifestent souveut tout à coup sous forme d'un érysipèle, celles qui sont liées à une affection scrophuleuse, et qui suivent une marche beaucoup plus chronique, sont plus difficiles à guérir que les premières; elles affectent principalement les femmes et les jeunes filles. Le pronostic qu'on peut porter sur ces affections est fâcheux si les sujets sont faibles et débiles. Voyez, pour le traitement de la seconde variété, celui de l'*ophthalmie scrophuleuse*.

une légère obstruction du canal nasal occasionée par la présence de mucosités, les liquides légèrement astringens peuvent suffire pour opérer la guérison, comme l'ont observé Louis, M. le professeur Boyer, etc. (1). On emploie à cet effet les vapeurs d'une infusion de fleurs de sureau, de mélilot et de camomille, qu'on fait pénétrer dans le nez au moyen d'un entonnoir, pendant qu'on fait à l'extérieur des applications avec l'eau de Goulard, ou avec une décoction de roses de Provins et autres moyens astringens analogues.

L'hydropisie du sac lacrymal se reconnaît, au contraire, à une tumeur réniforme, élastique et indolente qui occupe l'angle interne de l'œil, augmente graduellement de volume, dont la surface se décolore à mesure qu'elle se développe, et ne se vide ni par les points lacrymaux, ni par le canal nasal quand on la presse avec le doigt. Elle ne commence à faire éprouver un sentiment de pression continu dans le nez, dans la région surcilière et sur l'œil lui-même, que lorsqu'elle menace de s'ouvrir; mais avant que cet accident ne survienne, elle peut acquérir un volume égal à celui d'un œuf de pigeon.

On reconnaît par les symptômes antérieurs que la maladie est consécutive à une oblitération des conduits lacrymaux et du canal nasal. Comme le sac lacrymal, quoique obstrué supérieurement et inférieurement, continue toujours à sécréter du mucus, il s'emplit peu à peu, et présente, suivant que la maladie est ancienne ou que le contenu est plus fluide ou plus consistant, une tumeur qui est tantôt fluctuante, tantôt solide et résistante.

Le pronostic est toujours incertain, car, bien que la tumeur puisse toujours être enlevée par l'opération, on ne sait pas si plus tard les conduits lacrymaux et le canal nasal pourront être rétablis.

Pour opérer l'ablation de la tumeur, on l'ouvre avec un

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. V.

bistouri en forme de lancette (1), on exprime le mucus qu'elle renferme, et on injecte dans le sac lacrymal de l'eau tiède avec la seringue d'Anel (2) pour le débarrasser de toutes les mucosités. Mais si le mucus est trop consistant pour être entraîné par ces injections, on l'extaait peu à peu avec de petites pinces, on détache avec un stylet en baleine la masse encore adhérente au fond du sac, et on la fait sortir au moyen des injections. Cela fait, on introduit à travers la plaie, jusque dans le sac lacrymal, une mèche de charpie humectée d'eau tiède, que l'on fixe avec un emplâtre agglutinatif anglais (taffetas gommé), en forme de croissant, qu'on laisse jusqu'au lendemain.

La conduite ultérieure à tenir pour le traitement étant presque absolument la même que pour la fistule du sac lacrymal, nous croyons utile de réunir ce qui concerne ces deux affections dans le chapitre suivant (3).

FISTULE DU SAC LACRYMAL.

Fistula sacci lacrymalis.

Cette affection consiste en un ulcère de la membrane muqueuse du sac lacrymal, ayant un orifice calleux et étroit.

(1) On peut se servir de celui représenté pl. V, fig. 4.

(2) Voyez pl. V, fig. 3.

(3) Cette maladie a fait le sujet de beaucoup de recherches, et a été décrite avec beaucoup de soin par les médecins. Il en est résulté une foule de méthodes de traitement que chacun a cherché à modifier et à perfectionner. Les principaux auteurs qui s'en sont occupés sont Anel, Méjean, Laforest, Petit, Monro, Cabanis, Palucci, Bianchi, Pouteau, Louis, Lecat, Pamard, Walther, Desault, Richter, Jurine, Scarpa, Woolhouse, Schmidt, Beer, etc. Je ne rapporterai pas leurs procédés parce que l'espace me manque; je me bornerai à parler de ceux qui me paraissent être les meilleurs et sont reconnus pour tels par le plus grand nombre de médecins. Ceux qui désirent connaître les autres méthodes peuvent consulter l'ouvrage de M. Boyer et les élémens de chirurgie de Richter.

Il est nécessaire, avant tout, d'examiner avec soin l'état où se trouvent les points et les conduits lacrymaux ainsi que l'orifice du canal nasal. On y procède (1), en enfonçant verticalement la sonde d'Anel dans le point et le conduit lacrymal, et en la poussant rapidement jusqu'à l'angle de ce dernier (2); on la glisse ensuite en suivant une direction horizontale pour le conduit lacrymal inférieur, et une direction oblique pour le conduit lacrymal supérieur; on arrive ainsi dans le sac lacrymal en ayant soin d'étendre le conduit dans le sens de sa longueur en faisant une légère traction sur la peau, pour que la sonde ne rencontre aucun obstacle. Si on sent alors distinctement avec la sonde la paroi interne du sac lacrymal, on peut être certain qu'il n'existe point d'oblitération dans le conduit, car s'il y en avait une, la sonde aboutirait dans son trajet à un obstacle insurmontable, et ne pourrait pas être poussée plus avant.

On reconnaît que l'imperméabilité des conduits lacrymaux dépend d'un relâchement, lorsque l'ouverture des points lacrymaux est très-large et extraordinairement béante, et lorsqu'il y a absence complète de cette contractilité qu'ils offrent toujours dans l'état naturel, quand on les touche avec la sonde. Cette dilatation des points et des conduits lacrymaux, à laquelle Morgagny, Petit, etc., ont accordé une attention particulière, n'est sans doute, dans la plupart des cas, pas autre chose qu'une paralysie de ces parties, affection qui est assez fréquente, mais qui malheureusement ne peut pas souvent être guérie de manière à rétablir le cours naturel des larmes, même par les moyens qui semblent les plus convenables. L'homme de l'art qui possède un tact délicat distingue, au moyen de la sonde, une obstruction des conduits lacrymaux par du mucus, d'un rétrécissement ré-

(1) Il est très-rare que les points lacrymaux soient oblitérés; on les trouve souvent rétrécis : ils sont alors à peine visibles.

(2) Quelquefois le canal lacrymal se ferme spasmodiquement pendant cette opération, ce qui empêche la sonde d'avancer.

sultant de l'épaississement de la membrane muqueuse qui les tapisse. Au reste, après avoir rétabli la perméabilité des conduits, il est facile de s'assurer s'ils jouissent de leur faculté absorbante naturelle; il suffit pour cela d'instiller dans l'angle interne de l'œil quelques gouttes d'un liquide doux et coloré; s'il disparaît dans ce point et se montre à l'ouverture extérieure du sac lacrymal, on a la preuve que l'absorption se fait de nouveau.

Lorsqu'on s'est parfaitement assuré de la perméabilité des conduits lacrymaux, on passe à l'examen du canal nasal. On introduit horizontalement un stylet mince en baleine dans l'ouverture du sac lacrymal, jusqu'à sa paroi postérieure; alors on lui imprime une direction verticale en lui faisant exécuter des mouvemens de rotation entre les doigts, et en cherchant à l'introduire dans l'orifice du canal nasal. Si l'on ne parvient pas à faire pénétrer cette sonde dans le nez, cela peut dépendre d'un épaississement du sac lacrymal, ou de la présence de fongosités ou même de granulations de la membrane muqueuse du canal nasal qui s'opposent à son passage (1). On essaie alors d'y pénétrer avec le stylet d'argent de Méjan; si on n'obtient pas plus de succès par ce moyen, si l'on rencontre toujours un obstacle élastique et que le malade, lors de la pression de la sonde sur cet obstacle, ne se plaigne d'aucune douleur, on peut regarder comme certaine l'existence d'une oblitération du canal nasal. Lorsque, au contraire, la sonde franchit l'obstacle, quels que soient la peine et le temps employés pour y parvenir, il est encore possible d'obtenir que le canal conserve sa perméabilité.

Lorsqu'on a pénétré avec une sonde assez profondément

(1) Quelquefois la sonde de baleine, malgré son extrême petitesse, ne peut pas encore passer; il m'est plusieurs fois arrivé dans ces cas, de parvenir beaucoup plus promptement à franchir l'obstacle en faisant usage d'une chanterelle de violon taillée en pointe à son extrémité. Ces cordes, à cause de leur plus grande flexibilité, permettent de trouver souvent la véritable route beaucoup plus vite que toutes les autres sondes.

dans le canal nasal pour qu'elle y reste engagée, on la laisse jusqu'au pansement suivant; seulement on a soin de la fixer au front, et de placer à côté d'elle un bourdonnet dans l'ouverture du sac lacrymal, que l'on recouvre avec un emplâtre agglutinatif anglais (taffetas gommé), taillé en forme de croissant. Chaque jour on peut enfoncer la sonde plus profondément, et finir par arriver à l'extrémité du canal nasal. Celui-ci étant ouvert, n'a pas encore la largeur nécessaire, alors on commence à employer une chanterelle de violon enduite d'huile d'amandes qu'on a eu la précaution de ramollir un peu à son extrémité en la mâchant; on la fait pénétrer de six pouces au moins, afin qu'après s'être ramollie dans le nez, elle puisse, au bout de quelques heures, être rejetée facilement hors des narines lorsque le malade se mouche. Le bout supérieur de la corde encore enroulé, doit être fixé sur le front du malade; on panse comme précédemment, avec le bourdonnet de charpie et l'emplâtre agglutinatif sémi-lunaire et on fixe avec un autre emplâtre au-dessus de l'aile du nez, le bout de la corde qui sort par la narine.

Tous les jours on panse de nouveau; une partie de la corde enroulée est tirée en bas par le malade, et en même temps on fait une injection dans le but de diminuer le gonflement ou l'exubérance de la membrane muqueuse du canal nasal. Ainsi quand cette membrane n'est que peu tuméfiée et molle, (circonstance que peut indiquer la sonde), il suffit d'enduire de laudanum la corde à boyau, et de faire des injections avec une dissolution de pierre divine, ou avec un mélange de laudanum et d'eau blanche.

Si la face interne du sac lacrymal présente, au contraire, une tuméfaction résistante, mais égale, on emploie la pommade de précipité rouge, que l'on rend de plus en plus forte, et enfin des injections avec des dissolutions de sublimé et de laudanum liquide, qu'on a la précaution de saturer de plus en plus.

Lorsque le sac lacrymal est le siége de tuméfactions iné-

gales, granuleuses, il faut avoir recours à la pommade citrine de la pharmacopée d'Edimbourg (1), et faire des frictions mercurielles autour de l'ouverture du sac lacrymal.

Pendant l'emploi de ces moyens, on augmente peu à peu le volume de la corde; ainsi on passe graduellement de la chanterelle à la corde du *la*, et enfin à celle en *ré*, en ayant la précaution de faire de temps en temps des injections exploratrices. Bien qu'on soit ainsi parvenu à rendre son diamètre naturel au canal nasal, il arrive néanmoins quelquefois qu'après avoir fait usage des cordes à boyau pendant plusieurs mois, les rétrécissemens se forment de nouveau, en sorte que ce long traitement a été suivi en pure perte. On peut s'attendre à ce résultat lorsque l'affection est déja très-ancienne, et que l'inflammation du sac lacrymal a récidivé plusieurs fois. Ces retours sont toujours à craindre chez les personnes douées d'une peau *vulnérable* (2), qui sont très-disposées aux affections catarrhales et rhumatiques. On ne doit pas laisser la plaie extérieure se cicatriser, après avoir fait usage des cordes à boyau pendant deux ou trois mois, lors même que le résultat des efforts employés jusqu'alors semble promettre une issue favorable. L'expérience m'a démontré que dans ce cas l'introduction d'une bougie de plomb, du volume d'une corde de *ré*, est très-utile; seulement on ne doit pas perdre de vue quelques circonstances nécessaires au succès du traitement. Il faut surtout que la bougie soit faite du plomb le plus pur, qu'elle soit assez volumineuse pour remplir parfaitement le canal nasal, et qu'elle puisse être introduite commodément et sans blesser les parties voisines. En outre, elle doit être assez courte pour que l'extrémité qui pénètre dans le canal nasal soit éloignée d'une demi-ligne,

(1) Quelques praticiens emploient la pierre infernale, soit sous forme pulvérulente, soit en dissolution; on se sert pour introduire la première d'instrumens spécialement destinés à cet objet.

(2) Voyez la note de la p. 97, pour connaître la valeur que l'auteur attache à ces mots : *peau vulnérable*.

ou de trois quarts de ligne du plancher des fosses nasales. Cette condition est rigoureuse, car, si l'extrémité de la tente de plomb s'étendait jusque sur cette partie, sous le cornet inférieur, à chaque mouvement que ferait le malade en se mouchant, en riant, et même en marchant, ou étant dans une voiture, le plomb viendrait heurter sur le point correspondant à son extrémité, et y déterminerait une inflammation qui, non-seulement persisterait pendant long-temps, mais pourrait encore se propager jusque dans le canal nasal, et occasioner son rétrécissement. On sent que dans ce cas la bougie de plomb serait plus nuisible qu'avantageuse. Il est une précaution utile qui consiste à enduire la bougie d'huile d'amandes douces, pour rendre son introduction plus facile; son extrémité qui sort vers l'angle interne de l'œil, doit être ensuite recourbée au moyen d'une pince, et on nettoie tous les deux jours le sac lacrymal en y faisant des injections d'eau tiède. On peut laisser cette bougie jusqu'à ce que l'on soit autorisé à penser qu'il n'y aura plus de récidive de l'inflammation, et par conséquent du rétrécissement du canal. Les malades se soumettent assez bien à cette prolongation du traitement parce qu'il ne cause que très-peu d'incommodité.

On reconnaît qu'une fistule du sac lacrymal est accompagnée de carie, lorsqu'on aperçoit des taches livides, pâteuses, circonscrites, des excroissances fongueuses, une sanie mêlée de granulations noirâtres; mais c'est surtout au moyen de la sonde qui permet de sentir une portion de l'os dénudée et rugueuse. Cette complication est grave, car la guérison se fait toujours long-temps attendre quand on doit, non-seulement détruire la carie, mais encore rendre au canal nasal sa perméabilité. Ces sortes d'affections des os sont le plus souvent dues à des dyscrasies, lorsque des inflammations, sans cesse renaissantes du sac lacrymal, entraînent avec elles des suppurations et des ulcérations de la membrane muqueuse et du périoste qui détruisent ces membranes

et mettent à nu, sur un ou plusieurs points, les parois osseuses de la cavité. Lorsque la carie est occasionée par une affection syphilitique, elle s'étend ordinairement du nez vers les parois osseuses du canal lacrymal; lorsqu'au contraire cette affection succède à la variole, aux scrophules, etc., elle commence ordinairement vers la partie supérieure du canal, et ne s'étend que plus tard dans les fosses nasales. En explorant attentivement avec une sonde d'argent, il est facile de s'assurer si l'affection osseuse est une *nécrose* ou une *carie :* car dans le premier cas, l'os est dénudé, mais il ne présente pas de rugosités très-marquées. La nature, si elle est convenablement secondée, ne produit pas toujours une exfoliation, mais souvent on voit se développer des bourgeons charnus qui, partant du bord du périoste, recouvrent l'os dénudé et le rétablissent quelquefois assez promptement dans son état normal. Lorsque, au contraire, il y a une carie, la surface de l'os est rugueuse, corrodée, ramollie, et il s'en écoule une quantité considérable de sanie ténue, de couleur foncée et d'une odeur fétide. La guérison est beaucoup plus lente alors, car les bords du périoste détruit qui entourent la surface cariée, ne peuvent se rapprocher et recouvrir l'os dénudé, que lorsque toute la portion osseuse affectée aura été expulsée ou détruite par la suppuration. La carie est-elle liée à une dyscrasie, il est naturel de combattre celle-ci, car sans cette précaution, il est difficile d'obtenir une guérison. Ainsi, par exemple, si elle dépend d'une affection syphilitique, on s'occupe de la combattre, soit par le traitement mercuriel avec les frictions, soit par le traitement famélique avec lequel on fait concourir l'emploi des bains tièdes. On se sert pour les pansemens d'une dissolution de perchlorure de mercure avec un mucilage, ou d'une pommade préparée avec le deutoxide de mercure et le laudanum, en ayant soin d'insister sur les moyens de dilatation ordinaires. On arrive ainsi à la guérison, en obtenant l'exfoliation des parties osseuses nécrosées, ou le développement de bourgeons charnus sur la surface

cariée, et par conséquent la cicatrisation du point ulcéré. Si la carie s'est développée sous l'influence des scrophules, de la variole, ou d'une suppression d'éruptions cutanées, on doit la combattre par un traitement antiscrophuleux. On commence par faire prendre le calomel à l'intérieur, et plus tard l'éthiops antimonié ; la douce-amère, le calamus aromaticus, etc., combinés avec l'assa fœtida chez les sujets leucophlegmatiques. Du reste, c'est ici le cas de mettre en usage les bains chauds avec la potasse du commerce (sous-carbonate de potasse), ou le sel marin, et la dérivation, en établissant des points d'irritation à la peau que l'on entretient pendant long-temps. On se sert pour les pansemens de pommades dans lesquelles on fait entrer le deutoxide de mercure, la myrrhe, la térébenthine, le laudanum, et, lorsque l'exfoliation est trop lente, on y joint l'huile de sabine.

Quand on a combattu avec succès les dyscrasies sous l'influence desquelles s'était développée la carie, ou lorsque celle-ci n'est survenue que par l'effet d'une cause locale, les auteurs recommandent de porter le fer rouge jusqu'au fond de la plaie, au moyen de tubes qui servent à protéger les parties voisines. Je ne puis partager leur opinion relativement à l'emploi de ce moyen, je crois qu'il est plus convenable de continuer pendant plus long-temps l'application des topiques qui viennent d'être indiqués, parce que avec eux on arrive aussi sûrement au but et avec plus d'avantages. D'ailleurs, l'introduction d'une forte bougie de plomb finit par donner au canal un diamètre assez grand pour qu'il puisse plus tard livrer passage aux larmes ; tandis que par l'application du fer rouge, on n'obtient tout au plus que la destruction de la carie, et l'oblitération complète du sac lacrymal. Quand la carie occupe une très-grande étendue de ce réservoir, il faut en général renoncer à l'espoir de le rendre à ses fonctions, car le plus souvent alors il s'oblitère, soit complètement, soit partiellement. Lorsqu'on a remédié d'une manière durable et complète à la tuméfac-

tion du canal nasal, (ce qui exige ordinairement plusieurs mois), si l'eau tiède injectée par l'ouverture du sac lacrymal sort librement par le nez, si le bourdonnet introduit dans l'ouverture ne se charge plus de mucus, on peut, en toute sûreté, laisser cicatriser l'ouverture extérieure du sac lacrymal. A cet effet on rafraîchit les lèvres de la plaie avec l'instrument tranchant et on les réunit au moyen de bandelettes de taffetas gommé. Le plus souvent il arrive que la plaie se ferme en laissant encore une petite ouverture capillaire dont on favorise la cicatrisation complète en la touchant avec la pierre infernale.

M. le Professeur Dupuytren procède au rétablissement du canal nasal, sans le secours de cordes à boyau et sans bougies; il y introduit une petite canule d'or, de la forme de celle employée par Richter, mais moins recourbée que celle-ci. Il a pratiqué cette opération plus de six cents fois et presque toujours avec succès. Quoique plusieurs médecins distingués aient fait de nombreuses et de graves objections contre ce procédé et contre d'autres analogues, je pense néanmoins que les médecins allemands devraient lui accorder plus d'attention et le soumettre de nouveau à l'expérience. Ce motif, joint à la grande vogue dont jouit aujourd'hui cette méthode en France, me décide à l'exposer en peu de mots. M. Dupuytren se sert d'un bistouri droit ordinaire, à lame étroite, et un peu forte; d'une canule d'or de onze à douze lignes de longueur, légèrement conique, et imitant la courbure du canal nasal; il y en a de différens calibres, suivant l'âge des personnes, mais elle ne dépasse jamais le volume du tuyau d'une petite plume de corbeau; elle offre à son extrémité supérieure, un rebord saillant, et se termine inférieurement par une coupe en biseau. Cette canule est armée d'un mandrin d'acier, courbé à angle droit, terminé par une pointe mousse, et pouvant se mouvoir très-librement dans son canal. Lorsqu'on veut l'introduire dans le canal nasal, un aide fixe contre sa poitrine la tête du ma-

lade qui est assis, et lorsque l'ouverture du sac lacrymal a été élargie avec le bistouri, dans le cas où elle n'est pas assez large, l'opérateur introduit dans le canal nasal le mandrin muni de sa canule, et ne le retire que lorsque le rebord supérieur de celle-ci se trouve au niveau de l'entrée du canal; après cette opération, on laisse la plaie extérieure se cicatriser d'elle-même. On a la certitude que la canule est placée d'une manière convenable, lorsque le malade peut, en tenant la bouche et les narines fermées, pendant une forte expiration, faire sortir de l'air par l'ouverture du sac lacrymal. Il arrive aussi que pendant l'action de se moucher il sort quelques gouttes de sang par le nez. L'introduction de la canule n'est ordinairement suivie de douleurs, que dans les cas où elle est trop volumineuse, ce qui, d'après les assertions de l'auteur de cette méthode, ne doit arriver que très-rarement. Quelquefois la canule, au bout de quelque temps, se relâche dans sa position, et tombe dans les fosses nasales; mais cet accident ne détermine pas le retour de la maladie primitive. Le médecin intelligent qui aura bien compris ce mode de traitement, saura suppléer, pour l'exécution, à tout ce que je n'ai pu dire ici, faute d'espace.

L'oblitération des conduits lacrymaux, et celle d'une grande partie du canal nasal, sont des accidens incurables. Il faut donc, dans le premier cas, déterminer l'oblitération complète du sac lacrymal, en y provoquant l'inflammation; dans le second cas, on laisse au malade le choix entre la nécessité de vider le sac lacrymal autant de fois qu'il se remplit, entre son oblitération complète, ou entre la perforation de l'os unguis, dont nous allons décrire le mode opératoire. Quoique cette opération ait été rejetée par beaucoup de médecins, on ne peut nier cependant qu'il n'y ait des cas où elle peut être employée avec avantage et avec un succès complet : c'est pourquoi je vais indiquer le procédé que je regarde comme le meilleur. Cette perforation est praticable, principalement lorsqu'il existe

une adhérence intime entre les parois du canal nasal, ou quand la partie osseuse de ce canal a été détruite par la carie, surtout lorsque celle-ci s'est développée sous l'influence d'une affection syphilitique. Après avoir ouvert le sac lacrymal dans toute l'étendue de la portion membraneuse de sa paroi antérieure, on applique, sur l'os unguis, un trocar semblable à celui de Pott, mais privé de sa canule; on dirige sa pointe un peu en arrière et en bas, puis on fait, sans exercer une grande pression, un léger mouvement de rotation jusqu'à ce que l'instrument ait traversé, ce que l'opérateur reconnaît facilement, et ce dont le malade s'aperçoit à une irritation qu'il éprouve dans les fosses nasales. Il ne faut jamais pénétrer trop avant, pour éviter de blesser les lames osseuses qu'on y rencontre. Quand l'os unguis a été ainsi perforé, sans former d'éclats, on retire le trocar en lui imprimant un mouvement de rotation; on introduit dans la plaie une corde de violon de *mi* ou de *la*, ayant la longueur d'une petite bougie; on en fixe le bout qui sort sur le front avec un bandage, et on remplit de charpie le sac lacrymal. La corde est ensuite retirée avec précaution, tous les deux jours, et remplacée par une autre d'un volume graduellement plus considérable; on continue ainsi jusqu'à la guérison complète des bords de la plaie.

On introduit alors avec précaution dans l'ouverture de l'os unguis une canule d'or un peu courbe, en se servant pour conducteur d'un bout de corde à boyau qu'on a préalablement introduit dans l'ouverture; on la fait descendre assez bas pour que son extrémité supérieure, qui est munie d'un rebord, se place tout-à-fait contre l'os unguis; puis on recouvre l'ouverture du sac lacrymal pendant quelques jours avec un peu de charpie, afin de pouvoir mieux observer les résultats de l'opération; lorsqu'on a obtenu le résultat nécessaire, on cherche à favoriser la cicatrisation de l'ouverture extérieure.

Quand il n'existe qu'une légère oblitération de la partie la

plus inférieure du canal nasal, on peut la faire cesser en se servant d'une sonde pointne, armée d'un petit bouton de cire pour ne pas blesser la partie supérieure du canal. Quelques gouttes de sang qui sortent par le nez indiquent le succès de la perforation. On cherche ensuite à dilater le canal par l'usage des bougies et des cordes à boyau.

Je me bornerai à rappeler ici que des cancers naissant sur les paupières, peuvent s'étendre vers le sac lacrymal et y devenir causes de fistules; si cette terrible maladie n'est pas assez limitée pour pouvoir être extirpée complètement avec l'instrument tranchant, on ne peut pas espérer une véritable gnérison.

MALADIES DE LA CARONCULE LACRYMALE.

INFLAMMATION SIMPLE DE LA CARONCULE LACRYMALE.

Encanthis inflammatoria (Κάντος, *de* Εν, *dans*, *et* Εγκαντὶς, *angle*).

Dans cette phlegmasie la valvule sémi-lunaire et la caroncule lacrymale se gonflent, deviennent rouges et fort douloureuses, surtout lorsque le malade ferme les yeux; en même temps l'absorption des larmes et leur passage dans le sac lacrymal n'ont pas lieu, parce que le plus souvent l'inflammation s'étend aux points lacrymaux et à toute la conjonctive.

Si, à cette période, survient la résolution de la phlegmasie, la caroncule continue encore pendant quelque temps à sécréter beaucoup de mucus, et revient peu à peu à son état normal. Mais si la suppuration a lieu, la tuméfaction et la rougeur de la caroncule augmentent; cette dernière prend une teinte foncée, et on voit, le plus souvent à la partie inférieure de la tumeur, un point blanc-jaunâtre, qui ne tarde pas à s'ouvrir, et devient quelquefois le signal d'une destruc-

tion suppurative complète de la caroncule lacrymale (*Rhyas*). Lorsque cette maladie est négligée, il se développe très-facilement sur la surface suppurante des excroissances fongueuses qui peuvent atteindre un volume considérable.

Les causes de ces inflammations consistent principalement dans des lésions mécaniques de la caroncule. Elles sont par conséquent souvent produites par des échardes ou des arrêtes de graminées, et sont aussi occasionées quelquefois par des concrétions calculeuses qui se développent dans la caroncule elle-même.

Le pronostic est assez généralement favorable; la suppuration seule a quelquefois des suites fâcheuses, comme un épiphora, une destruction complète de la caroncule, etc.

De fréquentes applications d'eau froide, après avoir éloigné les corps étrangers qui peuvent être encore engagés dans les caroncules, sont les moyens les plus convenables lorsque la suppuration n'est pas encore formée. Mais dans le cas contraire, on traite cette affection par les dessicatifs, et on applique du laudanum liquide sur le lieu malade, surtout s'il y a tendance à la production de fongosités. Si ces végétations ne cèdent pas à ce moyen, ce qui est très-rare, on peut les saupoudrer avec le mélange suivant :

℞ Sucre blanc. . . . . ʒ ij.
Alun calciné. . . . . gr. xv.
Sulfate de zinc. . . . . gr. iv.
Mêlez.

Lorsque l'inflammation a été négligée, lorsqu'elle n'est pas simple, ou que le malade est dans un état cachectique, on voit quelquefois la tumeur de la caroncule prendre un aspect blanc-grisâtre, s'accroître de plus en plus (PURMANN en a vu une du volume du poing), s'étendre vers la cornée, (en offrant une sorte de bifurcation qui l'a fait comparer à une queue d'hirondelle), et par là s'opposer en partie à la

vision. L'extirpation est le meilleur moyen de guérir ces tumeurs qui souvent sont complètement fongueuses. Des applications d'eau froide après l'opération, diminuent l'inflammation consécutive, et enfin les astringens font disparaître la maladie d'une manière durable.

Les *encanthis* de nature non inflammatoire, dans lesquels la caroncule se présente sous une forme analogue à celle d'une mûre, doivent être traités comme il vient d'être indiqué, s'ils sont volumineux; on peut aussi les enlever par la ligature s'ils ont une base étroite. Quand ils n'ont qu'un faible volume, l'emploi topique des dessicatifs et des astringens suffit souvent pour les guérir. Quelquefois la maladie paraît consister en une simple exubérance de la membrane sémi-lunaire, et dans quelques cas rares, cette membrane plus développée offre un prolongement formant une sorte de queue, qui se continue sous la paupière inférieure jusqu'à l'angle externe de l'œil (1).

Lorsque les affections inflammatoires de la caroncule lacrymale, qui ne sont pas simples, durent fort long-temps, et qu'on les néglige, on voit survenir, surtout à la suite d'ophthalmies scrophuleuses compliquées de syphilis, mais seulement dans des cas très-rares, un squirrhe et un carcinôme de la caroncule lacrymale.

SQUIRRHE ET CARCINÔME DE LA CARONCULE LACRYMALE.

Encanthis schirrosa et carcinomatosa ou *maligna.*

Le squirrhe de la caroncule lacrymale se reconnaît à une tumeur très-dure, inégale, d'un rouge-pâle et sans douleur, occasionant un écoulement continu des larmes (*stillicidium lacrymarum*). Lorsque la maladie tend à dégénérer en cancer, on trouve aussi un larmoiement incommode avec du-

(1) Voyez pl. I, fig. 4.

reté de la caroncule; mais celle-ci est d'une couleur rouge-bleuâtre et extrêmement douloureuse; quelquefois cet état est précédé de la dégénération squirrheuse. Quand le cancer est ouvert, la caroncule est tuméfiée, elle présente un ulcère fongueux, extrêmement douloureux et saignant facilement, dont les bords sont épais et durs; il s'en écoule une sanie fétide qui corrode promptement les papilles lacrymales et les parties voisines, et peut aisément par les ulcérations qu'elle détermine dans l'angle de l'œil (*peribrosis*), occasioner un ectropion de la paupière inférieure.

Le pronostic est d'autant plus incertaiu que la maladie est plus avancée.

Tant que le squirrhe est indolent, ce qu'il y a de mieux à faire est de le laisser en repos; quant au cancer commençant, il convient de l'extirper aussi promptement que possible, sans attendre que la maladie se soit propagée à la paupière ou au globe de l'œil. L'opération consiste à saisir la tumeur à l'aide d'une double airigne (1), ou à la traverser d'un fil de soie ciré, et l'attirer un peu à soi pour la couper à sa base avec un bistouri, de manière à emporter les plus petites racines et jusqu'aux moindres appendices de la tumeur. Si, malgré ces précautions, il est resté quelques duretés suspectes qui ne puissent pas être facilement enlevées, on les détruit par des caustiques, en employant les précautions nécessaires; on procède de la même manière pour les granulations charnues de mauvaise nature qui pourraient se développer pendant la suppuration.

TUMEURS ENKYSTÉES DE L'ORBITE.

Le tissu cellulaire qui entoure le globe de l'œil peut être le siége de tumeurs lacrymales par infiltration (*dacryops*),

(1) Planche V, fig. 2.

et d'hydatides de la glande lacrymale; on y voit aussi, quoique rarement, de véritables tumeurs enkystées contenant une masse compacte, adipeuse ou puriforme (1); elles sont situées plus ou moins profondément dans l'orbite, ordinairement sous le globe de l'œil (2), rarement sur ses côtés; d'où il résulte qu'en se développant elles refoulent le globe oculaire en dehors et en haut, en sorte que l'œil prend un aspect tout particulier; en même temps les joues sont continuellement baignées de larmes, le malade ne peut supporter l'impressiou de la lumière, la tête et l'œil sont le siége de douleurs qui se font sentir lors du retour des affections inflammatoires de ce dernier.

La guérison de cette maladie rare ne peut être obtenue que par l'extirpation du kyste. Pour la pratiquer, on tend la paupière inférieure, on incise avec un bistouri à tranchant convexe la peau et le muscle orbiculaire, dans la direction de ses fibres charnues; saisissant ensuite le kyste avec une airigne convenable (3), on le tire autant que possible hors de l'orbite, et on le dissèque avec précaution. Si le globe de l'œil ne reprend pas aussitôt sa place après l'extirpation de la tumeur enkystée, Scarpa (4) applique des compresses graduées, qu'il soutient au moyen d'un bandage, et par une pression douce, il retient ainsi le bulbe oculaire en position.

(1) Scarpa, l. c., vol. II, pag. 202.

(2) Saint-Yves (l. c., chap. XXI, p. 146) avait déjà fait remarquer que c'est dans ce point que résident particulièrement ces tumeurs. Plusieurs auteurs anglais rapportent également des cas dans lesquels les tumeurs enkystées furent trouvées dans la même position.

(3) Pl. V, f. 2 et 17.

(4) L. c., vol. II, p. 211.

ANÉVRISMES DÉVELOPPÉS DANS L'ORBITE.

Il résulte du petit nombre de cas observés jusqu'ici, et rapportés en partie par Scarpa (1), qu'avant que le développement des anévrismes dans l'orbite ait atteint un certain degré, les malades éprouvent presque toujours des douleurs dans l'œil et dans la tête. Peu à peu il survient des pulsations de plus en plus sensibles ; en touchant l'œil on éprouve en quelque sorte une sensation de frémissement ou de bourdonnement (*una sensazione di fremito o trillo*). La céphalalgie éprouve souvent des exacerbations, il survient des tintemens d'oreilles, et l'œil lui-même est poussé avec assez de force hors de l'orbite. Tous les moyens ordinairement employés contre les maladies des yeux sont alors sans efficacité ; les applications d'eau froide produisent seules quelquefois du soulagement.

La compression exercée sur la carotide du côté affecté fait diminuer le tintouin que le malade éprouve dans l'oreille, et la sensation de pulsation ressentie dans l'œil. Jusqu'à présent la ligature de la carotide du côté affecté paraît être le meilleur moyen de guérison.

Il se développe quelquefois aussi dans l'orbite des varices qui poussent le bulbe oculaire hors de cette cavité. On en trouve un exemple dans le *Chiron*, journal de chirurgie, etc., par J.-B. de Siebold, volume III, cahier II. Sulzbach, 1814.

(1) L. c., p. 215.

MALADIES DU GLOBE DE L'ŒIL.

PLAIES DU GLOBE DE L'ŒIL.

En général, toute lésion un peu considérable du bulbe oculaire commande beaucoup de prudence sous le rapport du traitement et du pronostic. Le traitement en est ordinairement fort simple; car si les plaies ne sont ni profondes ni étendues, si elles n'en intéressent pas les parties les plus délicates, il suffit d'employer quelques légers antiphlogistiques, d'appliquer de l'eau froide et de priver de lumière l'appartement du malade. Mais si les lésions sont étendues, profondes, et que des parties importantes aient été intéressées, il faut mettre en usage un traitement antiphlogistique proportionné au degré de leur gravité, et tenir les deux yeux fermés au moyen de bandelettes agglutinatives. On doit, avant tout, extraire les corps vulnérans s'ils sont restés dans la plaie.

Quant aux plaies qui n'intéressent qu'une partie isolée du globe de l'œil, voici quelle est la conduite à tenir : si la conjonctive a été déchirée, on transforme cette déchirure en une plaie simple, on extrait en même temps tout ce qui pourrait rester de l'instrument vulnérant; s'il n'y a point de sang extravasé sous la conjonctive, on lave l'œil avec des collyres mucilagineux tièdes; si au contraire il y a des ecchymoses, on se sert de collyres vineux (1), après avoir fait sortir le sang autant que possible par une incision, quand l'extravasation est considérable. Souvent on peut ajouter de l'ammoniaque à ces collyres afin de favoriser l'absorption. Si la présenee de quelque écharde restée dans l'œil a occasioné

(1) Ainsi, après la diminution de la phlogose, un mélange d'eau-de-vie et d'eau de menthe poivrée, les vapeurs d'éther versé sur la main, etc.

des végétations, on les coupe avec des ciseaux, on extrait le corps étranger, et on touche fréquemment la plaie avec du laudanum liquide pour détruire le reste des végétations.

Il faut être très-réservé dans son pronostic sur les plaies avec déchirure de la cornée, à cause de la commotion et de la contusion qu'a éprouvées l'œil. Ces plaies sont du reste pénétrantes ou non pénétrantes (1). Si on ne s'oppose pas au développement de l'inflammation et de la suppuration qui succèdent à ces sortes de lésions, ou s'il existe une sécrétion sanieuse, ténue, il reste une cicatrice plus ou moins apparente qui, lorsqu'elle se trouve au centre de la cornée, devient un obstacle à la vision. Il faut, par conséquent, traiter le malade comme après l'opération de la cataracte, et favoriser la guérison de la plaie par une prompte réunion. Souvent même lorsque la guérison de la plaie a été rapidement obtenue, il reste une cicatrice visible, mais qui ne tarde pas à disparaître chez les sujets jeunes et bien nourris. Chez les individus âgés dont la nutrition n'est plus aussi énergique, il convient de favoriser cette absorption par certains médicamens, tels qu'une dissolution de pierre divine, avec du laudanum liquide de Sydenham. Les plaies simples par instrumens tranchans, et les petites plaies qui résultent de l'action des instrumens piquans, se guérissent ordinairement dans l'espace de quarante-huit heures, lorsque le bulbe de l'œil et les paupières sont tenus en repos. On a vu souvent des piqûres de la cornée faites avec une fourchette ordinaire ne laisser aucune tache après elles.

(1) Il y a des cas dans lesquels un coup violent ou une chûte sur l'œil occasionent une déchirure de la cornée, en sorte que son tissu est divisé sans que la conjonctive qui la recouvre participe à cette lésion. L'humeur aqueuse pousse alors avec force la conjonctive en avant, et de cette saillie considérable peut résulter la perte complète de la vue. Saint-Yves a observé un cas de ce genre ; il guérit la plaie en exerçant sur l'œil fermé, au moyen d'un bandage convenable, une pression modérée à la suite de laquelle il obtint une réunion parfaite de la déchirure faite à la cornée.

Le mode de lésion le plus fréquent de la cornée est dû à l'action de corps étrangers entrés dans l'œil. Quoique j'en aie déjà parlé, pages 51 et suivantes, je ferai encore quelques remarques : si on a à soigner des enfans remuans et indociles, il ne sera guère possible d'extraire de la manière ordinaire les corps étrangers qui se seront fixés dans la cornée. Pour réussir on passe le crochet en fil d'argent de RICHTER sous la paupière supérieure, et on le confie à un aide pour la maintenir soulevée; c'est alors le seul moyen d'examiner la cornée et d'enlever avec facilité les corps étrangers.

On voit ordinairement sur le point de la cornée où est resté fixé le corps étranger, un petit enfoncement qui se remplit au bout de peu de temps, mais qui reste nébuleux. Cependant lorsque l'inflammation a été combattue par des applications d'eau froide, ces taches disparaissent promptement en faisant usage du collyre suivant :

℞ Pierre divine.	gr. ij.
Eau de roses.	℥ iij.
Laudanum liquide de Sydenham.	aa ʒ j.
Mucilage de gomme arabique. .	

Si le séjour long-temps prolongé d'un fragment du corps étranger dans l'œil avait occasioné un ulcère pénétrant jusqu'à la dernière lamelle de la cornée, on devrait, après en avoir fait l'extraction, employer pendant un ou deux jours un collyre dans lequel on aurait fait entrer une certaine proportion d'acétate de plomb (1). Si, lorsque tous les

(1) J'ai plusieurs fois, dans le cours de cet ouvrage, recommandé l'emploi des collyres saturnins; d'autres médecins les ont aussi conseillés. Ils sont véritablement de la plus grande utilité si on les applique dans les circonstances convenables. Ainsi ils produisent d'excellens effets lorsqu'on s'en sert pour le traitement des ulcères profonds de la cornée, où il est urgent d'éviter la perforation de la lame la plus interne de cette membrane ; mais je crois devoir conseiller de n'en conti-

phénomènes inflammatoires ont cessé, il reste une taie, elle disparaîtra par l'emploi de la dissolution de pierre divine que nous venons de recommander; ou, si elle était plus considérable, la pommade suivante réussirait encore dans le cas où il n'y aurait point de véritable cicatrice :

℞ Deutoxide de mercure. . . . . gr. j. ß
Laudanum liquide de Sydenham. ℈ j.
Axonge. . . . . ʒ j.

Mêlez très-exactement pour faire une pommade dont on introduit entre les paupières, une ou deux fois par jour, une quantité égale au volume d'une tête d'épingle.

Quelquefois à la suite de blessures faites à la cornée par certains corps dont la surface est rugueuse, comme des échardes ou de petits éclats de bois, etc., la plaie pénétrante,

nuer l'usage qu'autant de temps que l'exige le danger, c'est-à-dire, ordinairement, pendant trente-six à quarante-huit heures. Voici les motifs de cette précaution : les eaux chargées de sels de plomb, ont sur les ulcères de la cornée et sur les ulcères en général deux sortes d'effets : elles arrêtent ou diminuent la sécrétion du pus, et dessèchent leur surface, sans en augmenter beaucoup la *force de nutrition ;* elles ont encore la propriété de couvrir les ulcères de la cornée d'une couche blanchâtre, qui, quelque faible qu'elle soit, s'oppose presque entièrement à l'action des moyens qu'on pourrait employer plus tard. Plus le collyre contient d'acétate de plomb, plus long-temps il est employé, plus cette couche blanchâtre se rapproche, pour sa ressemblance, d'une sorte d'émail blanc, et moins on peut espérer de l'enlever par la suite. Je considère cette rmarque comme extrêmement importante et digne de la plus grande attention de la part des médecins. On ne devrait donc jamais employer de collyres saturnins dans le traitement des ulcères et des érosions superficielles de la cornée. Ces effets sont visibles, soit à l'œil nu seulement, soit à la loupe. Il ne reste jamais de plus grandes facettes sur le point où ont siégé les ulcères de la cornée, que dans le cas où l'on a fait usage de collyres contenant un sel de plomb. C'est pour éviter cet inconvénient que j'ai coutume de leur associer toujours des moyens capables de relever la *force de nutrition* dans la surface ulcérée, tels que le laudanum liquide.

quoique peu considérable, laisse après la disparition des symptômes inflammatoires, une certaine perte de substance de cette membrane, et une ouverture fistuleuse. Cette ouverture est souvent si petite qu'on ne peut l'apercevoir qu'à l'aide d'une bonne loupe. Cependant l'homme de l'art la reconnaît facilement à ce que déjà la chambre antérieure de l'œil affecté est plus ou moins petite que celle de l'œil sain; l'iris repoussé en devant offre en même temps une convexité. Ce n'est que lorsque ces ouvertures sont grandes, que la chambre antérieure est complètement occupée par l'iris, dont la face antérieure est immédiatement appliquée contre la face postérieure de la cornée. J'ai observé plusieurs fois cet accident, et toujours je suis parvenu à y remédier, lorsqu'il n'y avait plus de symptômes inflammatoires évidens, en appliquant soir et matin sur l'ulcération de la cornée, à l'aide d'un petit pinceau, une certaine quantité de la dissolution suivante :

℞ Nitrate d'argent fondu. . . . gr. j.
Eau de roses. . . . . ℥ j ß à ℨ vj.
Mêlez.

Ces applications déterminent une légère inflammation adhésive, à la suite de laquelle on obtient la cicatrisation de l'ouverture.

On doit retirer le plus tôt possible les corps étrangers qui ont pénétré dans le globe de l'œil à travers la cornée ou la sclérotique; on ordonne ensuite un traitement antiphlogistique, l'application locale de l'eau froide, à laquelle on ajoute plus tard un peu d'acétate de plomb. Si des échardes, des arêtes de graminées, etc., ont pénétré dans le globe de l'œil, et qu'on ne puisse pas les saisir avec une pince, parce qu'elles se sont brisées, et ne dépassent plus la face externe du bulbe, cette circonstance est très-fâcheuse, car les suites inévitables seront la suppuration et l'adhérence entr'elles

des membranes internes et des membranes externes de l'œil. Dans ces cas graves, entre deux maux le médecin doit choisir le moindre; ainsi, on élargit avec beaucoup de précaution la plaie faite par le corps étranger, et après avoir ainsi débridé, on le saisit avec une bonne pince pour le retirer lentement. Pour faire cette opération avec plus de commodité on est quelquefois obligé de recourir au crochet en fil d'argent de Richter, afin de fixer la paupière supérieure.

Lorsque dans les plaies pénétrantes de la cornée, l'iris fait saillie dans l'ouverture, on fait fermer les paupières, on les frotte légèrement avec le doigt, et on laisse tout à coup pénétrer une lumière très-vive dans l'œil ouvert. Si on n'obtient pas aussitôt la réduction de l'iris par cette manœuvre, on peut, d'après le conseil de Ware, laisser l'humeur aqueuse s'écouler de l'œil; Gibson propose même d'ouvrir la petite poche formée dans l'ouverture par la sortie de l'iris, afin que l'humeur aqueuse qui est derrière cette membrane et la pousse vers la cornée, ne s'oppose plus à sa réduction. Par cette précaution, ces deux oculistes ont fréquemment vu l'iris reprendre sa position naturelle (1). Lorsque malgré ces tentatives l'iris reste dans la plaie de la cornée, ces deux membranes contractent adhérence entre elles, et il en résulte un *Staphylôme* ou *Prolapsus* persistant de l'iris.

Si l'iris a été intéressé en même temps que la cornée, la plaie passe souvent à l'état de suppuration, on laisse après elle une oblitération complète ou incomplète de la pupille, (*Atresia pupillæ*). Quand un lambeau de l'iris déchiré sort par la plaie de la cornée, on doit le retrancher aussitôt avec des ciseaux; le plus souvent alors, l'iris rentre de lui-même, et son adhérence avec la cornée (*synechia anterior*) n'a pas lieu.

Sous l'influence d'une simple commotion de l'œil, occasionée par l'action d'un instrument contondant, sans plaie,

(1) Voyez la lettre du docteur Gunther dans la *Biblioth. fur Ophthalmologie*, etc., von Himly, 1816, vol. I, cah. 1, p. 52.

on voit souvent l'iris se détacher du ligament ciliaire, et former ainsi une pupille double (1), ou bien la pupille naturelle se ferme et une pupille nouvelle, de forme irrégulière la remplace. Lorsque les deux pupilles naturelle et accidentelle existent en même temps, il y a souvent *diplopie*. Cependant l'action des corps contondans sur le globe de l'œil n'opère pas toujours la déchirure de l'iris; il en résulte, dans la plupart des cas, soit une paralysie plus ou moins complète de la rétine, provenant de la commotion, qui se manifeste par la faiblesse de la vue, par l'apparition fantastique des couleurs de l'arc-en-ciel, d'étincelles et d'éclairs; soit une paralysie de l'iris à un degré variable, qui subsiste encore, même après la cessation de la paralysie de la rétine, et se reconnaît à la dilatation de la pupille, dont la forme peut être circulaire ou irrégulière. Ces lésions sont très-graves, et ne doivent pas être négligées, car ce n'est que pendant les premiers jours qui suivent l'accident, que l'on peut obtenir tous les avantages possibles du traitement. La saignée est indiquée au commencement, et chez les sujets robustes et pléthoriques, mais elle doit toujours être suivie de l'application d'une douzaine de sangsues à la tempe. Quand la lésion est moins considérable, chez les sujets peu sanguins, ou chez les enfans, on peut se contenter des applications de sangsues. Il est encore indispensable d'avoir recours aux applications d'eau à la glace, continuées sans interruption pendant les trente-six premières heures; plus tard on ajoute à l'eau froide un peu d'acétate de plomb liquide, on administre à l'intérieur des laxatifs antiphlogistiques. Enfin, on retire fréquemment de bons effets des pédiluves. Sous l'influence de ces médications, la débilité de la vue, la vision

(1) C'est à ces séparations de l'iris de son ligament ciliaire, et aux pupilles accidentelles qui en résultent, que Scarpa et Ad. Schmidt durent l'idée de former des pupilles artificielles par un procédé analogue, qui constitue le troisième mode de pupilles artificielles, c'est-à-dire l'*Iritodialysis* ou *Iridodialysis*.

fantastique des couleurs de l'arc-en-ciel et des éclairs, disparaissent rapidement. Néanmoins il arrive souvent qu'après la cessation de la paralysie de la rétine, celle des nerfs ciliaires persiste; elle cède ordinairement, mais complètement, ou presque complètement, à l'application d'un vésicatoire sur la région du nerf sus-orbitaire, dont on entretient la suppuration pendant quelque temps. On fait aussi avec succès des frictions sur cette région avec des stimulans volatils. Si lorsqu'on a réussi à faire disparaître tous les symptômes inflammatoires, il reste un certain degré de faiblesse de la vue, on peut faire sur l'œil, pendant plus ou moins long-temps, des fumigations avec des vapeurs stimulantes volatiles.

Les plaies pénétrantes de la sclérotique et du corps ciliaire sont très-souvent accompagnées d'épanchement de sang dans les chambres de l'œil. Il faut vider ces dépôts, s'ils sont considérables, en faisant une incision à la partie inférieure de la cornée, et employer, avec précaution, des collyres spiritueux, pour favoriser la résorption, surtout s'il existe en même temps des contusions violentes; on retranche ensuite avec des ciseaux les lambeaux du corps ciliaire qui sont pendans hors de la plaie.

Quand l'instrument vulnérant a pénétré jusque dans le cristallin, le pronostic est rarement favorable; car on voit le plus sonvent se développer peu à peu une cataracte (1). Lorsqu'il a été complètement divisé, ou, en général, quand il a éprouvé une lésion considérable, sans que la rétine ait ressenti une grande influence de la commotion du globe de l'œil, la cataracte qui survient au bout de quelques jours

(1) La cataracte n'est pas une conséquence nécessaire de toute lésion du cristallin ou de sa capsule ; car si l'instrument vulnérant est très-tranchant, si le globe de l'œil et le cristallin n'ont reçu ni commotion ni contusion ; si les moyens d'adhérence de ce celui-ci avec les autres parties de l'œil n'ont pas été détruits pour la plupart, il ne survient souvent qu'un obscurcissement de la capsule, passager et partiel, à peine sensible, qui disparaît ensuite avec l'inflammation. C'est ce que j'ai observé dans plusieurs circonstances.

est résorbée après quelque temps, et la vue se rétablit. Mais il faut apporter tous ses soins à combattre l'inflammation par les antiphlogistiques, et aussitôt après, faire instiller dans l'œil quelques gouttes d'une dissolution d'extrait de belladone, afin de prévenir, autant que possible, les adhérences de la capsule du cristallin avec l'uvée, et le rétrécissement de la pupille qui pourraient survenir à la suite d'une iritis chronique; car si cela arrivait, il en résulterait un obstacle partiel ou complet à la vision, lors même que le cristallin serait absorbé. A la suite de ces accidens, il reste quelquefois une cataracte qu'on a désignée sous les noms de *cataracta capsulo-lenticularis arida siliquata;* ou *cataracta capsulo-lenticularis tremula*. Si le cristallin, lors de la lésion éprouvée par l'œil, a passé dans la chambre antérieure, s'il est dur (ce qui est assez ordinaire chez les vieillards), il faut le considérer comme un corps étranger, et en faire aussitôt l'extraction par une incision pratiquée dans la cornée, après quoi l'inflammation diminue rapidement.

L'écoulement de l'humeur vitrée, à la suite de l'ouverture de l'œil pendant l'opération de la cataracte, faite d'après les préceptes de l'art, n'est pas aussi grave que lorsqu'il est dû à un accident, tel qu'un coup de corne d'un animal, etc., parce que dans ce dernier cas la lésion est faite avec une très-grande violence. L'évacuation complète de l'humeur vitrée est souvent suivie de la perte de la vue.

Les hernies de la rétine, à travers une plaie de la sclérotique et de la choroïde, entraînent après elles la perte de la vue avec dilatation de la pupille; tandis que l'amaurose est la suite ordinaire des plaies qui intéressent la rétine elle-même (1). Ces lésions, ainsi que celles des grands nerfs ciliaires, sont toujours accompagnées de vomissemens violens, dont les efforts doivent nécessairement augmenter l'inflam-

(1) Cependant il m'est plusieurs fois arrivé dans ma pratique de rencontrer des exceptions à cette règle.

mation qui se développe dans l'œil, lorsqu'on ne fait rien pour les arrêter. Quand ils sont entretenus par des saburres du canal intestinal, on obtient de bons effets des évacuans; mais s'ils sont simplement nerveux, il convient de faire usage de légers opiacés à l'intérieur ou dans des lavemens avec la décoction de camomille, quand ils ne sont pas supportés par l'estomac. On reconnaît encore la lésion des nerfs ciliaires à un phénomène caractéristique : le plus souvent, mais pas toujours, la pupille se dilate, et par conséquent l'iris se retire si près de la circonférence de la cornée, que l'on ne peut qu'avec peine en distinguer encore la couleur.

Voilà ce que nous avions à dire sur les lésions mécaniques.

Les lésions de l'œil opérées par des agens chimiques, réclament pour leur pronostic et leur traitement une plus grande attention que celles qui sont produites par des agens mécaniques, parce qu'elles s'accompagnent toujours d'une perte de substance plus ou moins considérable. Cependant, si elles sont peu étendues le pronostic en est très-favorable, et on réussit assez facilement à les guérir par le repos de l'œil, par des fomentations mucilagineuses tièdes, ou des collyres émolliens. Quand ces agens chimiques ont porté leur action sur la cornée elle-même, comme cela peut arriver, par le contact de liquides à la température de l'eau bouillante et au dessus, il se forme une vésicule qui, devenant de plus en plus blanche, s'ouvre ou disparaît même quelquefois sans se crever ; l'épiderme devient blanc, se détache tout à fait aussitôt qu'un nouvel épiderme s'est formé, et la cornée reprend sa transparence primitive. Il faut bien se garder alors d'ouvrir la vésicule, et de troubler le travail de régénération qui s'opère au dessous d'elle.

Si les agens chimiques ont produit des ravages plus considérables, si de grandes portions de l'épiderme sont entièrement détachées, on doit les considérer comme des corps étrangers, et en faire la résection. Lorsque la conjonctive

palpébrale est affectée en même temps, comme on l'observe dans les brûlures, et après l'action des acides minéraux concentrés, etc., on doit aussitôt favoriser l'action régénératrice de la nature, afin de procurer la séparation des parties désorganisées et une prompte guérison. On obtient ce résultat avec les dessicatifs légèrement astringens, comme une pommade composée de beurre de cacao ou de beurre ordinaire, de tutie ou de litharge. Dans ces sortes de lésions de la membrane interne des paupières, il est nécessaire que le malade les tienne constamment en mouvement, pour prévenir leur adhésion entr'elles ou avec le globe de l'œil.

Après l'introduction des alcalis caustiques dans les yeux (comme cela arrive quelquefois dans les officines et les fabriques de produits chimiques), le meilleur moyen à employer consiste à y introduire du petit-lait acidule froid, après avoir enlevé, avec précaution, les plus gros fragmens d'alcali, à l'aide d'un pinceau trempé dans de l'huile d'amandes, de pavot ou d'olive. Si l'agent chimique a exercé sur l'œil une action très-forte, comme cela a lieu quand de la chaux vive, ou des acides minéraux, etc., sont projetés sur l'œil; s'il en résulte des enfoncemens à la surface de la cornée, qu'on aperçoit très-bien en examinant l'œil de profil, il reste ordinairement une cicatrice d'un blanc de neige. Dans ces cas, et même dans ceux de lésions moins violentes, il faut, avant tout, enlever la cause irritante pour instiller ensuite dans l'œil des collyres mucilagineux, et prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter les adhérences entre les paupières.

Il est encore des lésions plus graves que celles dont nous venons de parler; elles sont produites par le contact immédiat de la flamme, ou encore par ce qu'on appelle vulgairement *coup de soleil*. Dans ces cas, le développement rapide de l'inflammation générale du globe de l'œil est en raison du grand nombre de vésicules, de leur prompte apparition, de la perte de mobilité de l'œil et de l'iris, du rétrécissement de la pu-

pille, et de la force de la douleur gravative ressentie dans le globe oculaire et dans les parties environnantes. Le médecin doit tout faire alors pour diminuer la violence de la phlegmasie, quoique, malgré tous ses efforts, ce n'est souvent qu'avec peine qu'il réussit à conserver la forme de l'œil, et à plus forte raison à rétablir la vue.

MALADIES DES PARTIES TRANSPARENTES DU GLOBE DE L'ŒIL.

MALADIES DE LA CONJONCTIVE.

INFLAMMATION SIMPLE DE LA CONJONCTIVE, DE LA SCLÉROTIQUE ET DE LA CORNÉE.

(improprement nommée *conjunctivitis*).

L'inflammation de la conjonctive oculaire commence ordinairement dans la portion designée sous le nom de *conjonctive de la sclérotique*. Le plus souvent on voit se développer rapidement dans cette membrane un réseau de vaisseaux d'un rouge-foncé, distincts par leur grosseur, d'une manière frappante, des vaisssaux sanguins de la sclérotique enflammée qui sont très-déliés et situés plus profondément. Les mouvemens des paupières déplacent facilement ce réseau vasculaire, ceux du bulbe même n'apportent que très-peu de changemens à sa position (1). Quand la phlogose se propage de la con-

(1) On distingue encore l'inflammation de la sclérotique (*sclerotitis*) d'avec celle de la conjonctive aux signes suivans. Dans les phlegmasies de la sclérotique les phénomènes pathologiques sont toujours plus violens, quoiqu'ils semblent occuper une moins grande surface; les vaisseaux produits par l'inflammation se développent plus lentement dans la sclérotique que dans la conjonctive, et affectent une autre direction que ceux qu'on observe alors dans cette dernière membrane. Enfin les vaisseaux de la sclérotique suivent tous les mouvemens du globe de l'œil, et ne prennent aucune part à ceux qu'on peut imprimer à la conjonctive.

jonctive qui tapisse la sclérotique à celle qui recouvre la cornée, il en résulte, selon le degré d'intensité de la phlegmasie, un obscurcissement partiel ou total de cette lamelle de la conjonctive, qui se tuméfie légèrement et prend une teinte d'abord d'un gris blanchâtre, qu'on pourrait comparer à du verre mat, et à laquelle se mêle enfin une couleur rougeâtre, au milieu de laquelle on voit bientôt paraître d'une manière distincte des vaisseaux rouges se dirigeant presque en ligne droite (1). Du reste, cette inflammation n'est accompagnée que de peu de douleur et se développe surtout sous l'influence de l'irritation occasionée par la présence de petits corps introduits dans l'œil.

Le traitement est le même que celui que nous indiquerons en parlant de l'inflammation simple et externe du globe de l'œil sous le nom de *Taraxis*.

PANNUS.

On désigne sous cette dénomination une maladie dans laquelle la conjonctive qui recouvre la sclérotique et la cornée, est parcourue par des vaisseaux sanguins dont le volume est variable, et entre lesquels cette dernière membrane paraît obscurcie par une teinte d'un blanc grisâtre et rougâtre (2). Lorsque le pannus est très-développé, le réseau vasculaire se montre tellement serré, que ce n'est qu'avec peine qu'on peut distinguer les limites de la sclérotique et de la cornée, et encore moins celles de l'iris et de la pupille.

Le développement de ce réseau vasculaire reconnaît fréquemment pour cause l'irritation exercée sur la conjonctive par un *trichiasis* ou un *entropion*. Cette affection est, à proprement parler, une sorte d'exubérance de la conjonctive

(1) Wardrop, l. c., p. 7.
(2) Voyez pl. I. fig. 5.

du globe de l'œil, et particulièrement de celle de la cornée, exubérance en vertu de laquelle le tissu de cette membrane s'épaissit en même temps qu'il se relâche et qu'il s'y développe des vaisseaux qui la parcourent dans tous les sens.

On distingue deux degrés de cette maladie. Pendant le premier, on la désigne sous le nom de *Pannus membraneux* ou *léger* (*pannus membranaceus* seu *tenuior*); elle consiste en une espèce de nuage à la surface de la cornée, d'un blanc-grisâtre, plus ou moins ténu, où se ramifient un grand nombre de vaisseaux sanguins, à travers lequel on aperçoit encore la pupille et l'iris, et quelquefois même on distingue jusqu'au tissu de cette cloison mobile. Le second degré, dans lequel la maladie est plus avancée, est appelé *Pannus charnu* (*Pannus carnosus*), ou *Sarcôme de la conjonctive* (*Sarcoma conjunctivæ*). Ici l'exubérance de la conjonctive de la cornée se voit plus distinctement; le nombre des vaisseaux y est souvent si considérable qu'on ne peut plus les distinguer isolés. C'est alors que les limites entre la sclérotique et la cornée, et plus souvent entre l'iris et la pupille, ne sont plus visibles. L'aspect de la seconde de ces membranes peut alors être comparé, pour la couleur, à celui d'un morceau de drap rouge-brun; quelquefois on remarque, sur un ou plusieurs points de sa surface, un amas de vaisseaux sanguins qui dans quelques cas offrent une apparence comme charnue ou tendineuse.

Le *pannus* se développe ordinairement de la manière suivante: une légère rougeur avec ou sans photophobie se manifeste d'abord sur la conjonctive qui recouvre la sclérotique; peu à peu on remarque, sur un ou plusieurs points du bord de la cornée, un petit nuage, ou une sorte de brouillard grisâtre qui, dans le début de la maladie, est si léger, qu'on ne l'aperçoit qu'à peine. Peu à près, on peut, avec une loupe, reconnaître quelques petits vaisseaux sanguins qui se prolongent jusque dans ce nuage, s'y ramifient, et sont placés d'une manière distincte à la surface de la cornée; enfin on finit par

les apercevoir à l'œil nu; ils augmentent en nombre et en grosseur, l'opacité de la cornée s'étend de plus en plus, et il est à remarquer qu'en général les points de la surface de cette membrane qui offrent ces obscurcissemens, reçoivent leurs vaisseaux sanguins des endroits de la conjonctive tapissant la sclérotique qui en sont les plus rapprochés. Toute la cornée se couvre alors, soit uniformément, soit inégalement, de vaisseaux sanguins, la rougeur intense qu'ils occasionent remplace de plus en plus le nuage gris-blanchâtre qui existait d'abord, et celui-ci disparaît quelquefois complètement. La surface de la cornée paraît inégale, et semble être dans un état de relâchement; la vue est impossible de ce côté, et le malade ne peut apercevoir que des lueurs. Quelquefois on remarque, surtout vers les limites de la cornée, de petits ulcères qui se manifestent principalement lorsque la maladie est due aux scrophules. Au début, et pendant le cours de cette maladie, les douleurs ressenties dans l'œil sont médiocres, et il n'y a point de signes qui indiquent une affection inflammatoire de l'iris ou des autres parties du globe oculaire.

Cette maladie reconnaît quelquefois des causes purement locales, telles qu'un entropion, un trichiasis, etc., dont l'existence actuelle en entretient la durée; dans d'autres circonstances ces causes dépendent de la constitution du malade. Les affections *catarrhales*, *scrophuleuses*, *rhumatiques* et *syphilitiques*, semblent surtout favoriser la production du *pannus;* mais en recherchant avec soin les signes commémoratifs, on trouve, en général, qu'une irritation locale a été la cause déterminante sous l'influence de laquelle s'est manifestée sur l'œil cette affection dont la disposition existait déjà dans l'économie. Très-souvent un refroidissement du front, un rhume négligé, suffisent pour occasioner un pannus.

Si j'avais à donner une définition générale de cette maladie et de sa nature, je m'exprimerais à peu près en ces termes: je considère le pannus comme une phlegmasie chronique

passant à l'état d'induration. On y trouve, à l'exception des signes particuliers qui dépendent de l'organisation spéciale de l'œil, les même symptômes que nous offrent toutes les parties du corps humain, quand les inflammations dont elles sont le siége, au lieu de se terminer par résolution ou par suppuration, passe à l'état d'induration. Si ces symptômes ne sont pas toujours très-visibles, cela dépend surtout de ce que les parties enflammées sont couvertes et enveloppées de membranes, etc. Quant à la question de savoir pourquoi cette phlegmasie de la conjonctive qui tapisse la cornée passe si souvent à l'état d'induration, il n'est pas plus facile de la résoudre que d'expliquer pourquoi les hépatites chroniques ont une si fréquente tendance à se terminer par l'endurcissement du foie. Toute induration est précédée d'une inflammation. Tout endurcissement détermine une augmentation de substance, quoiqu'elle ne se manifeste pas toujours par un accroissement de volume ou d'étendue, et suppose une augmentation de densité de la partie qui en est le siége; c'est aussi ce qui arrive dans le *pannus*. Les vaisseaux variqueux que nous observons dans cette maladie, après l'inflammation qui y a donné lieu, se voient aussi sur d'autres organes qui sont devenus le siége d'une induration, lorsqu'on veut se donner la peine de les chercher avec soin. La surface de la cornée qui a éprouvé l'endurcissement dans le *pannus*, peut de nouveau s'enflammer sous l'influence de causes légères : il en est de même pour les indurations survenues dans d'autres organes; elles ont la plus grande tendance à s'enflammer par suite, quand de nouvelles causes viennent à agir.

Lorsqu'on tient compte de toutes ces circonstances, le pronostic devient facile, quoiqu'il soit en général très-variable; ainsi la maladie peut être complètement guérie chez des sujets jeunes qui se trouvent placés sous des conditions favorables, lorsqu'on peut soustraire le corps ou au moins l'œil à l'influence des causes d'irritation, et quand la phleg-

masie, quoique déjà passée à l'état d'induration, n'a pas encore désorganisé sans ressource le tissu de la cornée. Si dans ces cas le médecin est appelé de bonne heure, il réussit presque toujours à arrêter les progrès de la maladie. On ne peut pas se promettre une parfaite guérison du pannus de la cornée, chez tous les sujets débiles qui ont éprouvé pendant plusieurs années des récidives de phlegmasies accompagnées de pannus très-intenses, dont le résultat a été de désorganiser non-seulement le tissu de la conjonctive qui tapisse la cornée, mais encore les lames de cette dernière membrane. Cette maladie est le plus souvent incurable chez tous les sujets indociles, ou qui se trouvent dans des circonstances qui ne leur permettent pas de suivre le traitement nécessaire, et qui n'ont pas cette persévérance indispensable pour la guérison de ces indurations. Je ferai encore remarquer que souvent cette affection n'occupe d'abord qu'un œil, et que fréquemment l'autre œil en devient affecté après que le premier a été malade pendant plusieurs mois. On peut également éviter ce dernier accident chez les malades dociles.

Les indications curatives consistent à combattre l'inflammation et à détruire son produit, l'induration, par les moyens appropriés. L'inflammation, cause du *pannus*, n'est presque jamais tellement intense qu'elle exige un traitement antiphlogistique bien actif; les adoucissans et la diète suffisent ordinairement pour la faire disparaître. Il est très-rarement nécessaire d'appliquer les sangsues, et lorsqu'on en fait usage, il ne faut jamais les placer dans le voisinage immédiat des yeux, parce que l'expérience a appris qu'elles font rarement alors diminuer l'inflammation et favorisent souvent au contraire les progrès de l'obscurcissement de la cornée. Si elles sont réellement nécessaires, on les applique avec plus d'avantage à la nuque et autour du cou.

Excepté quelques cas où elle est due à une irritation locale qui l'entretient, l'inflammation accompagnée de pannus ne doit jamais être considérée comme simple. Il faut, par consé-

quent, avant tout, s'appliquer à éloigner la cause qui tient à une dyscrasie. Or, comme cette maladie est le plus souvent déterminée par une affection rhumatique, scrophuleuse, catarrhale ou syphilitique, on doit y avoir égard dès le commencement du traitement. Le moyen qui est surtout propre à arrêter ces inflammations et à prévenir l'induration, ou la guérir si elle existe, est le mercure. D'après mon expérience, ce médicament ne peut guère être remplacé par un autre. Voici quelle est ma manière de procéder, et je puis affirmer que jusqu'ici j'ai réussi à guérir cette maladie dans presque tous les cas où les circonstances que j'ai indiquées ne s'opposaient pas à la guérison. J'administre d'abord une forte dose de calomel proportionnée à l'âge et à la constitution du malade, par exemple, de trois à six grains, joints à une dose d'un scrupule à un demi-gros de racine de jalap et à du sucre. Je fais prendre ensuite toutes les trois heures, depuis un quart de grain jusqu'à un demi-grain de calomel, seul ou uni, suivant les circonstances, avec le soufre doré d'antimoine (deutosulfure d'antimoine) et la ciguë, jusqu'à ce que les premiers symptômes de salivation se manifestent. Je prescris en même temps une mixture légèrement résolutive, dans laquelle je fais entrer des substances diaphorétiques, s'il y a complication de *rhumatisme*. Le calomel ne pouvant plus être administré, je prescris l'*éthiops antimonié*, à la dose d'un ou deux grains toutes les trois ou quatre heures, mêlé au tartre tartarisé (prototartrate de potassium), ou à d'autres moyens appropriés. Cependant, comme dans le plus grand nombre des cas on ne peut pas détruire assez rapidement les causes de la maladie, quand elles tiennent à des dyscrasies, et que l'on échoue souvent alors malgré la persévérance dans l'usage des moyens appropriés, j'ai soin, dès le début, d'employer des dérivatifs sur un endroit éloigné de l'œil. Je réussis ordinairement en appliquant à la nuque, ou, mieux encore, derrière l'oreille du côté affecté, un emplâtre rond du diamètre de dix à douze lignes, composé ainsi qu'il suit :

℞ Tartre stibié réduit en poudre extrêmement fine. ℈ j.
Emplâtre agglutinatif. . . . . ℈ ij.
Malaxez très-exactement.

On laisse cet emplâtre non-seulement jusqu'à ce qu'il se soit formé des boutons, mais encore jusqu'à ce qu'ils se soient ouverts et qu'ils soient en suppuration. Si la douleur devient en peu de temps tellement violente, que ce moyen qui ne doit agir que localement, étende son action sur les parties environnantes, on doit l'enlever plus tôt. Après avoir pansé la plaie pendant deux jours avec une pommade adoucissante, je la fais ensuite panser tous les jours avec le mélange suivant, dont on emploie une quantité égale au volume d'un pois si le fonticule est établi derrière l'oreille, et du volume d'un haricot si c'est à la nuque.

℞ Tartrate antimonié de potasse. . } aa gr. iv. à vj.
Deutochlorure de mercure. . . . }
Pommade de cantharides. . . . } aa ʒ ij.
Onguent basilicon. . . . . . }
Mêlez.

Il est nécessaire d'entretenir ce vésicatoire pendant plusieurs mois pour empêcher les récidives. Lorsque le *pannus* provient manifestement d'exanthèmes cutanés trop promptement guéris, d'affections rhumatiques supprimées, etc., je fais appliquer l'emplâtre sur l'endroit qui avait été le siége de la maladie primitive; seulement, je rends la dérivation plus active, lorsque j'agis sur des parties éloignées de la tête.

Tant que l'œil continue à être affecté dune manière violente sous l'influence d'une dyscrasie, on doit s'abstenir d'appliquer toute espèce de topiques sur l'organe malade, et surtout les collyres astringens. Ceux-ci ne sont jamais utiles, ils favorisent au contraire le passage de l'inflammation à l'état d'induration, et occasionent les récidives consécutives. C'est

de la persévérance dans l'emploi des médicamens internes appropriés, et dans le régime indiqué, que dépend en grande partie la guérison de l'induration de la cornée, parce que ce sont ces moyens qui favorisent et augmentent l'activité des vaisseaux absorbans, soit dans l'œil, soit dans les autres parties du corps. On ne viendra à employer les médicamens capables d'augmenter localement la force de résorption, que lorsqu'on sera sûr que les topiques stimulans, appliqués sur l'œil, ne peuvent plus y renouveler l'inflammation spécifique. Le meilleur moyen pour atteindre ce but, est le laudanum liquide de Sydenham, dont on instille dans l'œil deux gouttes, deux ou trois fois par jour. Chez les sujets peu irritables, d'une constitution torpide, on peut rendre le laudanum plus actif par l'addition d'une certaine proportion de baume de vie d'Hoffmann, et même d'éther, ou bien on se sert de ces deux médicamens sans le premier. Lorsque le pannus dépend d'une affection scrophuleuse, on prescrit une dissolution de sublimé (perchlorure de mercure), à laquelle on ajoute du laudanum ; cependant j'ai éprouvé qu'alors ce médicament n'est pas toujours supporté; du reste, tous les collyres doivent être employés à l'état tiède. Bien que les préparations avec les substances graisseuses ne doivent pas être indistinctement recommandées, surtout immédiatement après que l'œil paraît avoir cessé d'être sous l'influence de cette dyscrasie, parce qu'elles tendent souvent à augmenter la saillie du pannus, cependant, plus tard, les pommades avec le précipité rouge (deutoxide de mercure) sont très-bien supportées, et peuvent être fort utiles dans beaucoup de cas. Lorsque l'œil est peu irritable, on peut encore y insuffler des poudres qui agissent chimiquement et mécaniquement.

℞ Alun cru.	part. j.
Sucre blanc.	part. vj.

Mêlez et réduisez en poudre très-fine, pour en insuffler une certaine quantité dans l'œil deux ou trois fois par jour.

On a encore employé le *borax*, l'*os de seiche*, la *grenaille d'étain*, etc.

S'il reste des traces de végétations superficielles après l'inflammation accompagnée de pannus, on peut les toucher avec un pinceau trempé dans la dissolution suivante :

> ℞ Nitrate d'argent fondu. . . gr. ß a gr. j.
> Eau distillée. . . . . ℥ ß à ℥ vj.
> Mêlez.

Tous ces moyens peuvent être encore fort utiles quand l'obscurcissement a son siége non-seulement dans le feuillet de la conjonctive qui recouvre la cornée, mais dans le tissu même de cette dernière; enfin ils sont beaucoup plus efficaces quand on les change fréquemment.

Si l'inflammation spécifique a été complètement détruite, et qu'il existe néanmoins des vaisseaux sanguins visibles qui passent de la conjonctive recouvrant la sclérotique, dans celle de la cornée, et qui alimentent, ou au moins entretiennent dans leur intégrité les exubérances et l'obscurcissement de cette dernière membrane, les topiques que nous venons d'indiquer ne sont pas d'un grand secours. Alors, le conseil donné par Scarpa d'exciser tout autour de la cornée un lambeau d'une ligne d'étendue de la conjonctive qui recouvre la sclérotique, est souvent extrêmement utile, parce qu'on détruit ainsi, dans la plupart des cas, l'origine des végétations, et que les topiques que nous avons conseillés peuvent avoir une action avantageuse.

Pour remplacer l'emplâtre stibié on recommande encore d'autres dérivatifs, tels que le séton, les cautères, les vésicatoires et les moxas.

Le *pannus* résultant d'un *trichiasis* et de l'*entropion*, guérit le plus souvent de lui-même, lorsque ces dernières affections ont été détruites.

PTÉRYGION.

Πτερύγιον, *petite aile, dimin. de* Πτέρυξ, *aile.*

On désigne sous ce nom un repli épais, triangulaire de la conjonctive, sans douleur, dont le sommet est toujours dirigé vers le centre de la cornée, dont la base est ordinairement tournée vers l'angle interne de l'œil, où il est uni avec la membrane semi-lunaire, et peut être soulevé avec une pince de dessus la sclérotique, sans occasioner de douleur.

Lorsque ce repli est très-mince, demi-transparent, plus grisâtre, et pourvu de peu de vaisseaux sanguins, on le désigne sous le nom de *pterygium tenue*; s'il est au contraire épais, d'une consistance analogue à celle d'un muscle (1), d'un cuir ou même d'un cartilage, et qu'il contienne un grand nombre de vaisseaux sanguins, il forme ce qu'on appelle *pterygium crassum* (2).

Quelque exacts que soient les caractères que nous venons d'exposer, ils ne sont cependant pas applicables à tous les ptérygions; car souvent leur base n'est pas tournée vers l'angle interne, mais bien vers l'angle externe de l'œil. Il y a même des cas rares dans lesquels il existe quatre ptérigions à la fois venant des angles interne et externe, et de la partie supérieure et inférieure de l'œil, en sorte qu'ils représentent quatre triangles dont le sommet est dirigé vers le centre de la cornée, d'où résulte la perte complète de la vue. SCARPA (3) pense que c'est là la maladie connue des anciens

(1) Quelquefois ils ressemblent tellement à de petits muscles, qu'ils offrent même des prolongemens analogues à des attaches tendineuses. (Voyez SCHMIDT dans l'*Ophthalmol. Bibliotekh.*, 2 Bd., 1 St., S. 57.)

(2) Voyez pl. I, fig. 6.

(3) L. c., vol. I, p. 299.

médecins sous le nom de *pannus*. Le ptérygion ne tient pas toujours à la membrane sémi-lunaire, et ne se prolonge pas dans tous les cas, jusque sur la cornée. Scarpa attribue la forme pyramidale qu'affecte cette maladie à la grande adhérence de la conjonctive à la cornée, parce que cette adhérence devient d'autant plus intime que la conjonctive se rapproche du centre de cette membrane.

Les causes susceptibles de produire un ptérygion sont souvent difficiles à déterminer. Le plus souvent, cependant, cette maladie est due à du sable, à de la poussière de chaux ou de pierre, tombés dans l'œil; c'est pourquoi on la rencontre plus fréquemment chez les individus exerçant des professions malpropres qui les exposent à ces accidens. Les vieillards y sont plus sujets que les jeunes gens; cependant on l'observe aussi chez les enfans, et Wardrop (1) l'a vue une fois chez un enfant qui vénait de naître. Le ptérygion ne doit pas être considéré comme une maladie consécutive à l'ophthalmie, cependant les inflammations de l'œil peuvent développer une disposition à cette affection.

Le pronostic est toujours favorable.

Ware (2) a souvent guéri, à l'aide de la poudre d'alun et de sucre, recommandée contre le pannus, des ptérygions légers (*pterygium tenue*) qui venaient de se former, et ne s'étaient pas encore étendus sur la cornée. On favorise beaucoup la guérison du ptérygion, si dans le cours du traitement on l'incise fréquemment près du bord de la cornée, après l'avoir soulevé avec une pince fine.

Mais s'il a dejà envahi la cornée, ou qu'il soit trop épais, le moyen le plus sûr et le plus prompt est de l'enlever avec l'instrument tranchant. Un aide écarte, autant que possible, les paupières l'une de l'autre; l'opérateur saisit alors le ptérygion vers sa base, à l'aide d'une petite pince (pl. V. fig. 5);

(1) L. c., p. 22.
(2) L. c., p. 67.

il le soulève, le sépare complètement avec un bistouri, et le détache avec précaution en se servant des ciseaux de Daviel (1) ou de Cooper, de manière à en laisser le moins possible dans la conjonctive, et surtout dans celle qui recouvre la cornée. On a conseillé de ne pas attaquer avec l'instrument tranchant la partie du ptégyrion qui couvre cette dernière membrane, parce qu'il en pourrait résulter des cicatrices qui gêneraient la vue. Cependant on peut chercher à emporter celles de ces parties qu'on peut soulever avec une pince; cela est souvent praticable, quoiqu'on ne puisse en enlever que très-peu; en prenant les précautions convenables, on réussit à détacher la petite pellicule sans intéresser le tissu de la cornée. Lorsque l'écoulement du sang est arrêté, on applique sur l'œil une compresse de linge sec, et l'on peut, d'après le conseil de Scarpa, le laver avec une décoction de mauves ou tout autre topique analogue. Le cinquième ou le sixième jour, la petite plaie est couverte d'une couche de matière puriforme, et du huitième au douzième jour elle est complètement guérie; mais si on a laissé de grands lambeaux du ptérygion à la surface de l'œil, il faut entretenir la suppuration en le lavant avec le laudanum liquide de Sydenham jusqu'à ce que ces lambeaux soient détruits.

Néanmoins, lorsqu'il est resté quelques légers vestiges de ptérygion sur la cornée après la suppuration, ils disparaissent constamment par l'application ménagée des moyens recommandés contre les taies de cette membrane; moyens parmi lesquels la pierre infernale occupe le premier rang à cause de son efficacité.

(1) Voyez pl. V, fig. 14.

PINGUÉCULA (1).

On désigne ainsi un petit renflement aplati, d'une teinte jaunâtre sale, situé immédiatement sous la conjonctive de la sclérotique, le plus souvent du côté de l'angle externe de l'œil, et dépassant rarement le volume d'une petite lentille. On ne l'observe jamais chez les individus très-jeunes(2). Il est rare que cette production s'avance jusque sur la cornée transparente, et alors même elle ne s'étend jamais assez pour gêner la vue.

On ne connaît jusqu'ici d'autre cause de cette maladie que la constitution lâche des malades; cependant je ne l'ai encore rencontrée le plus souvent que chez des hommes adonnés aux boissons spiritueuses, et qui avaient eu depuis long-temps des affections abdominales. Le pinguécula peut persister toute la vie sans augmenter de volume; du reste il est sans importance, c'est pourquoi il n'y a le plus souvent rien à y faire. Mais si le malade veut absolument en être délivré, on peut essayer de le détruire, de la même manière que les taies de la cornée, en secondant l'action des substances médicamenteuses par des scarifications sur la petite tumeur. Le moyen le plus certain consiste à l'enlever, avec précaution, au moyen du bistouri.

(1) Ce nom a probablement été donné à cette petite tumeur, uniquement à cause de son aspect extérieur qui est souvent adipeux; cependant j'enlevai il n'y a pas long-temps un pinguécula ou plutôt deux de ces petites tumeurs situées l'une à côté de l'autre, et elles ne présentèrent pas la moindre trace de graisse à l'analyse chimique. Cette substance se comporta avec les réactifs comme l'aurait fait un mélange d'albumine et de gélatine.

(2) Voyez pl. I., fig. 1.

EXCROISSANCES CHARNUES ET ADIPEUSES, ET PAPULA DE LA CONJONCTIVE.

On a quelquefois observé, aussitôt après la naissance, des excroissances charnues d'une assez grande étendue sur la conjonctive, cependant ces cas sont rares. On les rencontre le plus ordinairement chez des sujets scrophuleux ou syphilitiques; elles sont quelquefois situées sur les limites de la cornée et de la sclérotique, et, dans des circonstances extrêmement rares, surtout lorsque la tumeur contient de la graisse, on voit s'en élever des poils d'une longueur considérable, ce qu'on a désigné sous le nom de *trichosis bulbi* (1). Dans un cas remarquable, j'ai vu deux poils qui, sans que la tumeur contînt de la graisse, étaient sortis immédiatement de la caroncule lacrymale. Ils repoussèrent deux fois après avoir été arrachés, et ne se reproduisirent plus après la troisième avulsion.

Le meilleur moyen de déruire ces végétations consiste à les extirper avec le bistouri, et à appliquer ensuite des astringens ou des caustiques légers, ou le laudanum liquide. Mais on ne doit pas perdre de vue les dyscrasies sous l'influence desquelles la maladie est survenue. Si ces tumeurs affectent la forme de bourgeons charnus (*carunculæ, epanastemata*), on peut s'abstenir de l'emploi du bistouri.

Le *Papula* est presque toujours situé entre la conjonctive de la paupière inférieure et le repli sémi-lunaire, non loin du point lacrymal inférieur; il consiste dans une petite nodosité arrondie, assez dure, du volume d'une tête d'épingle, d'un rouge pâle et faisant éprouver des démangeaisons. Le

(1) Himly, l. c., 2 Bd., 1 St., S. 199.—Græfe und Walter's Journal, B. IV, S. 136. — Wardrop, *Essays on the morbid anatomy*, pag. 86. Ces cas sont très-bien figurés par ce dernier auteur et par Demours (l. c.)

professeur Beer (1) ne l'a jamais observé que chez de jeunes filles qui n'étaient que peu ou pas réglées, ou qui ne l'étaient que d'une manière irrégulière. Lorsque la menstruation s'établit ou se montre régulièrement, le papula disparaît. Quand le malade exerce des frottemens sur cette tumeur, elle s'accroît; on l'a vue quelquefois, dans l'espace de trois jours, atteindre le volume d'un pois : il faut alors la saisir avec une airigne, et l'exciser avec l'instrument tranchant. Si la menstruation ne s'établit pas régulièrement, le papula peut reparaître; il peut même en résulter une exophthalmie carcinomateuse, surtout lorsque chez les sujets cachectiques on l'irrite par des applications réitérées de caustiques.

Un autre accident qui doit être extrêmement rare, puisque les auteurs n'en ont pas parlé, consiste en une véritable tumeur enkystée, qui se développe entre la conjonctive et la sclérotique; je n'ai observé cette affection qu'une seule fois chez un jeune garçon de huit ans; j'enlevai la tumeur à l'aide de l'airigne et des ciseaux. Elle siégait vers l'angle interne de l'œil, et avait le volume d'un pois; elle était dure et coriace, et contenait une très-petite quantité de liquide muqueux.

DES MALADIES DE LA CORNÉE.

INFLAMMATION SIMPLE DE LA CORNÉE.

Improprement CORNÉITIS *et mieux* KÉRATITIS (*de* Κέρας, *corne, cornée, avec la terminaison* ῖτις. *Voy. Blépharophthalmie simple*).

Au début de cette inflammation, la cornée est un peu opaque, son aspect est mat et terne; peu à peu elle devient brillante et rougeâtre; lorsque l'inflammation augmente,

(1) Lehre der Augenkrankheiten, 2 Bd., S. 679.

on aperçoit distinctement des vaisseaux sanguins; en même temps le malade éprouve dans l'œil des douleurs assez considérables. Si l'inflammation a commencé dans la sclérotique, il est rare que les vaisseaux de la cornée soient apparens; car ils sont alors pour la plupart tellement déliés qu'on peut à peine les apercevoir à l'œil nu; si au contraire la phlegmasie s'est communiquée de la conjonctive qui tapisse la sclérotique à celle de la cornée, ou si la phlogose a eu primitivement son siége dans cette dernière, les vaisseaux ont ordinairement un diamètre beaucoup plus considérable et une direction presque droite; cette inflammation rentre dans celles de la conjonctive, à l'occasion desquelles il en a déjà été question. Les causes de cette phlegmasie sont presque toujours de nature mécanique; elle ressemble, sous ce rapport, aussi bien que sous celui du traitement, à l'inflammation pure et simple de la conjonctive.

Wardrop (1) qui a traité d'une manière toute spéciale de la *kératitis*, distingue encore une phlegmasie de la lame la plus interne de la cornée, la membrane de Descemet, ou membrane de l'humeur aqueuse (*tunica humoris aquei*). D'après ces deux auteurs, cette membrane doit former un sac sans ouverture, parce qu'elle tapisse la face interne de la cornée, la face antérieure et postérieure de l'iris et la paroi antérieure de la capsule du crystallin. Son inflammation se manifeste de la manière suivante : on aperçoit sur la sclérotique une teinte rougeâtre toute particulière, disposée en un cercle composé de ramifications vasculaires extrêmement fines, correspondant sur cette membrane à l'insertion de l'iris, de telle sorte que cette coloration ne s'étend pas jusqu'à la cornée, mais en est séparée par un cercle pâle existant sur la sclérotique. En même temps le malade éprouve dans le globe de l'œil un sentiment de plénitude, et une douleur gravative et déchirante dans le front. La cornée se trouble parce que la

(1) *Essays on the morbid anatomy of the human eye*, 2ᵉ. v, p. 9.

membrane de DESCEMET perd de sa tranparence ; elle paraît aussi former une saillie plus considérable que de coutume; quelques taches semblent être à sa surface, mais on aperçoit distinctement qu'elles sont situées profondément. La faculté de voir diminue à mesure que le trouble de la cornée augmente ; les objets paraissent au malade comme enveloppés d'une fumée épaisse ; et lorsque l'inflammation continue à faire des progrès, l'humeur aqueuse elle-même paraît se troubler. La phlogose ne se borne pas toujours à la portion de la membrane de DESCEMET qui tapisse la face interne de la cornée, elle se propage quelquefois à celle qui rêvet l'iris, et il peut en résulter une altération de la couleur de cette membrane, des obscurcissemens et des difformités de la pupille. Il est même possible que l'inflammation s'étende sur la capsule du crystallin, et qu'il en résulte une opacité de cette membrane. Cette inflammation suit communément une marche chronique; néanmoins on doit lui opposer un traitement antiphlogistique énergique, en même temps qu'on évite avec soin tout ce qui pourrait augmenter l'irritation. Le principal moyen recommandé par WARDROP contre l'inflammation de cette membrane, et dont il a obtenu les succès les plus prompts, consiste dans l'évacuation de l'humeur aqueuse. D'après les résultats de mon expérience personnelle, cette inflammation est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici; elle est ordinairement la suite de refroidissemens du front et des régions voisines.

Dans les inflammations de l'œil, la plupart des chirurgiens anglais pratiquent aujourd'hui très-fréquemment l'évacuation de l'humeur aqueuse, au moyen d'une aiguille. Il est des ophthalmies qui résistent à tous les moyens ordinairement employés, qui s'accompagnent de céphalalgie, de sensation de pesanteur dans la région surcilière, et de plénitude dans le bulbe oculaire, qui présentent quelquefois même un obscurcissement de la cornée et de l'humeur aqueuse; dans ces cas, cette membrane examinée de près paraît

être plus saillante que dans l'état ordinaire. C'est dans ces sortes d'inflammations de l'œil que les tentatives de WARDROP, répétées avec les précautions convenables, pourraient être suivies de succès, si en employant le procédé indiqué par cet auteur, on perçait la cornée avec une aiguille d'une forme particulière ou avec une aiguille à cataracte, et si l'on favorisait ainsi la sortie de l'humeur aqueuse. Cette opération aurait pour résultat de faire cesser la pression et la tension dues à l'abondance de l'humeur aqueuse sécrétée, et de rendre la circulation du sang plus libre : le témoignage de LANGENPECK (1) en sa faveur est bien fait pour engager les médecins à continuer l'emploi de ce moyen ou d'autres analogues. On ne peut nier que les yeux ne soient quelquefois le siége d'inflammations qui sont susceptibles, aussi bien que la méningite, l'encéphalite, etc., de se terminer par un épanchement de fluide séreux. Si l'épanchement est tellement considérable que l'action des vaisseaux lymphatiques de l'œil soit affaiblie ou paralysée, et qu'ils ne puissent plus absorber les liquides épanchés en quantité extraordinaire, il doit nécessairement en résulter, le plus souvent, une hydropisie du globe de l'œil. Mais si toutefois ces vaisseaux conservent encore leur activité, et qu'ils ne laissent pas s'accumuler une plus grande quantité de l'humeur aqueuse que celle actuellement existante, ce qui peut réellement avoir lieu dans beaucoup de circonstances, on n'est pas autorisé, il est vrai, à admettre qu'il y a hydropisie, mais cet état paraît être particulièrement celui où l'opération dont nous venons de parler serait indiquée. Au reste, d'après les observations des praticiens que nous avons cités, elle est peu douloureuse, et la petite plaie qui en résulte guérit sans suppuration.

(1) *Neue Bibliothek*, etc., 1 St. Bd, S. 177.

OBSCURCISSEMENS ET TAIES DE LA CORNÉE.

Obscurationes et maculæ corneæ.

On entend par obscurcissement ou opacité de la cornée, un état de cette membrane dans lequel sa transparence est troublée dans toute ou presque toute son étendue; les taies ne sont au contraire que des obscurcissemens partiels. Les obscurcissemens et les taies offrent plusieurs degréset plusieurs différences qui tiennent souvent aux causes qui les ont produits. Nous allons les examiner aussi brièvement que possible.

1°. On connaît sous les noms de *nephelium*, *nebula*, *nulecula*, *obscuratio nubeculosa*, une taie ou une opacité grisâtre ressemblant à une fumée, et se confondant avec le bord de la cornée.

2°. Quand le nuage est d'un blanc plus prononcé, et que la matière qui le constitue s'est amassée dans l'épaisseur de la cornée, on lui donne le nom d'*achlys* ou d'*aegis*.

3°. Si les taches sont d'un blanc encore plus tranché, si les feuillets de la cornée ont perdu leur transparence naturelle, et qu'ils aient pris un aspect comme émaillé, sous l'influence de la cause déterminante (qui est le plus souvent l'inflammation); si la matière qui constitue l'obscurcissement a revêtu le caractère d'une fausse membrane, la partie ainsi altérée offre souvent une couleur blanche, comme crayeuse ou nacrée, dure au toucher, s'élevant plus ou moins au-dessus du niveau de la cornée, mais s'étendant encore un peu au-delà du bord blanc; on désigne cet état sous le nom de *leucoma*. Il y a trois espèces de leucômes qui diffèrent entre eux par le degré d'intensité de l'opacité : 1° le simple obscurcissement leucomateux (*obscuratio leucomatosa*); 2° le

leucôme crétacé (*albugo*, *paralampsis* ou *leucoma cretaceum*); et 3° la tache perlée (*macula margaritanea*), qui représente le plus haut degré de l'altération leucomateuse.

4°. Lorsque le tissu cellulaire qui unit entre elles les couches de la cornée a été détruit par l'ulcération, si les feuillets de cette membrane contractent entre eux des adhérences immédiates, et qu'ils soient par suite la cause d'un obscurcissement leucomateux, Schmidt et Beer désignent sous le nom de *cicatrice* (1) de la cornée, cet état qui a beaucoup d'analogie avec le *leucôme*, mais qui en diffère en ce que cette cicatrice paraît être coupée sur le bord. Cette taie est brillante, très-blanche, d'une forme variable; elle existe souvent simultanément avec la *synéchie antérieure*, et il peut arriver non-seulement que son bord paraisse être coupé, mais encore que sa circonférence soit obscurcie, et souvent même leucomateuse.

5°. On rencontre quelquefois des taies qui ne sont véritablement autre chose que des abcès desséchés de la cornée. On les reconnaît à leur couleur jaunâtre, qui est en quelque sorte distribuée en îlots sur un fond d'un blanc grisâtre, et à une plus grande convexité de la cornée, surtout si le pus desséché existe entre la conjonctive et le premier feuillet de cette membrane. Ces taies sont assez souvent accompagnées d'une synéchie antérieure partielle.

6° On a donné le nom d'*arcus senilis*, *gerontoxon*, *macula arcuata*, aux obscurcissemens qui existent seulement au pourtour de la cornée et se forment très-lentement sans traces d'inflammation. Ils ne se montrent presque jamais que chez des sujets âgés, et semblent être le produit d'un acte analogue à celui qui convertit les artères, les cartilages, etc., en substance osseuse. On a vu quelquefois chez des vieillards, des ossifications entières de la cornée. Cependant l'*arcus senilis* ne se rencontre pas exclusivement chez les per-

(1) Voyez pl. II, fig. 1.

sonnes âgées, on l'observe aussi quelquefois chez de jeunes sujets. MOHRENHEIM (1) l'a vu être congénial ; SYBEL (2) l'a rencontré chez un jeune homme de trente-deux ans ; et WARDROP (3) l'a trouvé à différentes périodes de la vie, ce qui m'est également arrivé. Au reste ces obscurcissemens n'ont pas d'autre inconvénient, ou au moins les meilleurs médecins n'ont jamais remarqué qu'ils influassent sur l'œil d'une manière fâcheuse.

7°. Enfin on a quelquefois rencontré dans la cornée des pièces osseuses (4) qu'on peut ranger à côté des taches de cette membrane, mais qui ne font partie d'aucune des variétés qui viennent d'être décrites. Je ferai seulement observer que, lorsque ces corps occupent le milieu de la cornée, et qu'ils se trouvent immédiatement sous la conjonctive qui tapisse cette membrane, on pourrait faire avec succès l'opération de l'extirpation (5), qui a été recommandée d'une manière trop générale par CALLISEN, etc., contres d'autres taches de la cornée transparente.

Presque toujours les taies reconnaissent pour cause une inflammation préalable de la cornée, soit primitive, comme cela arrive à la suite de l'introduction de corps étrangers, tels que des éclats de fer, etc., dans cette membrane, soit qu'elle lui ait été communiquée par d'autres parties de l'œil. Si ces sortes d'ophthalmies ne se résolvent pas convenablement, si les vaisseaux capillaires exhalent une lymphe opaque, sorte de sécrétion à laquelle les affections inflamma-

(1) Beobachtungen, I Thl., S. 9.

(2) *Diss. inaug. de quibusdam materiæ et formæ oculi aberrationibus à statu normali.* Halæ, 1799 ; insérée dans REIL's *Archiv.*, etc., 5 Bd., 1 H.

(3) *Essays on the morbid anatomy of the human eye*, p. 86.

(4) WARDROP, l. c., p. 72 ; de même WALTER, *Anatom. Museum*, 1. Bd., S. 139.

(5) WARDROP l'a pratiquée avec succès, l. c.

toires de la cornée montrent généralement beaucoup de tendance, il est très-commun de voir ces taches et ces obscurcissemens persister après l'inflammation. Nous avons déjà dit que le *macula arcuata* peut être congénial; mais Kieser a rencontré l'obscurcissement leucomateux non-seulement congénial, mais encore héréditaire, de toute la cornée, à l'exception d'une certaine étendue vers le milieu de cette membrane qui était parfaitement transparente et en forme de losange (1).

Le pronostic diffère selon les diverses espèces de taies. Ainsi, il est favorable chez les sujets jeunes et robustes, chez qui la nutrition est encore active, lorsqu'il n'y a qu'une légère taie à la surface de la cornée (2). Aussi dans ces cas l'affection ne tarde pas à céder sous l'influence d'un traitement suivi avec persévérance. La guérison, au contraire, se fait long-temps attendre chez les personnes âgées qui sont dans un état d'émaciation. Il faut surtout de la persévérance dans l'emploi des moyens qu'on oppose à cette affection, car si l'usage de ceux qui sont les plus convenables n'a souvent produit aucun effet, quoique continué pendant plusieurs mois, on finit néanmoins quelquefois par faire disparaître l'opacité après un temps plus ou moins long. Le pronostic du *leucôme* est beaucoup plus incertain et plus fâcheux; car s'il est déjà ancien, s'il pénètre jusqu'aux feuillets les plus profonds de la cornée, s'il est en même temps très-épais, et que le malade soit âgé et débile, la taie résistera à tous les moyens de traitement. Le pronostic est moins fâcheux lorsque le leucôme s'est tout nouvellement formé chez un sujet jeune et vigoureux; car il y a beaucoup d'exemples de guérison de

(1) Voy. Himly et Schmidt, *Ophthalm. Bibl.* 3, Bd. 3, St. S. 79.

(2) Le siége profond ou superficiel de la taie est une circonstance extrêmement importante; car il arrive souvent qu'une macule même très-légère, située dans le feuillet le plus interne de la cornée, ne cède pas aux moyens les plus actifs employés avec la plus grande persévérance.

semblables affections; seulement, il arrive souvent qu'elle se fait long-temps attendre. En général, la diminution de toutes les taches de la cornée, dans les cas même les plus heureux, ne marche que très-lentement; et FABINI (1) dit avec raison : « *Notandum tamen, in optatissimo quoque casu, pelluciditatem corneæ lentè, et ferè insensibiliter tantùm restitui, ità ut quandoquè non per menses, sed per annos, curatio duret.* »

Les cicatrices de la cornée sont incurables; mais quand il existe autour d'elles une opacité plus ou moins prononcée, on peut la faire disparaître.

On parvient à guérir assez facilement les abcès desséchés de la cornée, si le pus qui les constitue n'est pas trop abondant.

Le pronostic est très-fâcheux quand les taies sont accompagnées d'un état variqueux de l'œil, et alors on doit bien se garder de toucher à cet organe. Mais si cet état variqueux est borné aux vaisseaux de la conjonctive oculaire, comme on le voit à la suite d'inflammations accompagnées de pannus, rien ne s'oppose à l'emploi des topiques appropriés, surtout si on a soin d'exciser préalablement des portions de ces vaisseaux.

On obtient ordinairement la guérison par les seuls moyens locaux; mais il est aussi des cas où le concours des médicamens internes est nécessaire. Ainsi, il faut quelquefois combattre des cachexies, les dispositions aux récidives des ophthalmies, etc.; on doit alors stimuler la faculté nutritive; c'est dans ce but que BOERHAAVE a proposé le *Calomel*. On a également recommandé les *antimoniaux*, l'*arnica*, l'*extrait* de *pulsatille noire* (*anemone pratensis*), etc. Mais le traitement local est toujours le plus important et le plus utile.

Il n'y a presque pas de maladies contre lesquelles on ait préconisé autant de topiques que les taies de la cornée. Cela tient probablement, non-seulement à ce que cette affection se montre rebelle, mais aussi au peu de persévérance

(1) *Doctrina de morbis oculorum*. Pesthini, 1823, p. 181.

des malades et des médecins dans l'emploi des moyens nécessaires. En général, on passe d'un médicament à un autre, parcequ'on perd la confiance qu'on avait en celui qui ne fait pas assez vite disparaître la maladie; cependant la variation fréquente des remèdes, et l'augmentation graduelle de leur dose sont aussi fort utiles, et deviennent une condition accessoire pour obtenir la guérison; aussi est-il nécessaire d'en avoir une grande quantité à sa disposition et de savoir les employer convenablement.

Je vais indiquer ceux qui se montrent les plus efficaces.

On peut les rapporter à deux classes : dans la première se trouvent les adoucissans et les résolutifs, et dans la seconde les stimulans. Cette distinction est importante; car, comme il faut d'abord opposer des stimulans aux taies molles et récentes, tandis que celles qui sont dures et anciennes, ainsi que les obscurcissemens tout-à-fait opaques, réclament d'abord l'emploi des résolutifs, et ensuite celui des stimulans seuls, elle se rapporte à la variété des affections, et exerce par conséquent une grande influence sur la pratique.

Les taies molles sont d'un gris mat, sans éclat; leur bord se fond insensiblement, et elles forment un centre vers lequel aboutissent des vaisseaux. Ces caractères ne se présentent pas dans les taies dures qui doivent être traitées d'abord par les résolutifs, et plus tard seulement par les stimulans.

Les abcès desséchés, et les taies crétacées qui ne changent d'aspect ni de consistance par l'emploi des divers résolutifs, doivent être d'abord scarifiés légèrement, et soumis ensuite aux mêmes moyens.

On doit ranger parmi les médicamens adoucissans, résolutifs, les substances suivantes : la *graisse de vipère*, l'*huile d'œufs*, la *moëlle d'os récente*, l'*huile de noix*, le *suc exprimé du foie de la lamproie de rivière*, (*liquamen hepatis mustelæ fluviatilis*), la *décoction de mauves*, le *fiel de bœuf*; l'*extrait de ciguë*, de *grande chélidoine* (*chelidonium majus*), de *pissenlit*

(*leontodon taraxacum*); l'*aloès*, le *carbonate de potasse* (1) le *carbonate de soude*, le *sous-borate de soude*, etc.

On range dans la classe des stimulans : les *huiles rances*, le *sel volatil de corne de cerf* (*sous-carbonate d'ammoniaque*), l'*alun* (*sulfate d'alumine et de potasse*), le *sulfate de zinc*, le *sulfate de cadmium* (2), l'*hydrochlorate de barite* (*proto-hydrochlorate de baryum*), l'*hydrochlorate de soude* (*proto-hydrochlorate de sodium*), le *laudanum liquide de Sydenham*, le *tartre stibié* (*tartrate de potassium et de protoxide d'antimoine*), l'*hydrochlorate d'ammoniaque*, l'*acétate d'ammoniaque*, le *mercure*, et surtout le *précipité rouge* (*deutoxide de mercure*), incorporé avec l'axonge, le *chlorure d'antimoine* (qui, dans le cas où il doit être étendu, ne le doit être que par l'acide hydro-chlorique, parce qu'il serait décomposé par tous les autres véhicules), la *soude caustique* (*hydrate de protoxide de sodium*), la *pierre infernale* (*proto-nitrate d'argent fondu* (3).

(1) Par exemple :

℞ Carbonate de potasse. . . . . . . gr. ij à vj.
Eau distillée. . . . . ℥ j.
Faites dissoudre et mêlez.

Pour en instiller cinq ou six fois par jour quelques gouttes dans l'œil.

(2) Nouveau moyen employé pour la première fois par le docteur Rosenbaum (Himly's, *Bibliothek. für Ophthalmologie*, etc., 1819, 1 Bd., 2 St., S. 408) qui en vante l'efficacité. Græfe en a aussi retiré de grands avantages. (*Journal für Chirurgie*, etc., 1820, 1 Bd., 3 St., S. 554.) Il faisait instiller dans l'œil, une, deux ou trois fois par jour, une certaine quantité de la solution de ce sel, formée d'abord dans la proportion d'un grain sur une demi-once d'eau distillée, et plus tard, de deux, quatre et six grains pour la même quantité de véhicule. Plusieurs médecins n'ont pas trouvé que ce médicament fût plus efficace que d'autres moyens semblables. Il faut donc attendre le résultat d'expériences ultérieures pour se prononcer sur la valeur de cette nouvelle substance.

(3) Un à deux grains par demi-once d'eau ; même proportion pour la pierre à cautère.

le *Sucre pulvérisé*, le *Verre réduit en poudre impalpable*, la *Limaille d'étain*, l'*os de seiche*, etc., etc.

Les médicamens de la première classe exercent une action résolutive, *relâchante*, sur la matière exsudée qui constitue les taies et obscurcissemens de la cornée. Ceux de la seconde classe agissent en excitant, en augmentant l'activité de l'absorption, et en déterminant un état local voisin de l'inflammation, qui est capable d'accélérer les mouvemens de *nutrition* et de *dénutrition*, mais qui n'est pas assez intense pour fournir des produits; circonstance qui, si elle se présentait, augmenterait la maladie plutôt que de la diminuer. Les caustiques proprement dits (que l'on ne doit employer qu'avec précaution, et contre des taies épaisses, rebelles et anciennes), parmi lesquels il faut ranger surtout le proto-nitrate d'argent fondu, le chlorure d'antimoine et la potasse caustique (sous proto-carbonate de potassium), produisent, indépendamment de l'état d'excitation, une véritable perte de substance; on ne doit les laisser agir que très-superficiellement, car dans le cas contraire on ferait plus de mal que de bien. C'est pourquoi, lorqu'on fait usage de ces médicamens, on doit toujours avoir à sa disposition un peu d'eau, ou de lait tiède, afin de pouvoir déterger la surface de l'œil, aussitôt après la cautérisation, pour empêcher que la cornée ne soit attaquée ou corrodée plus profondément qu'il ne faut. On doit surtout être circonspect dans l'emploi de la pierre à cautère, et ne jamais s'en servir dans une proportion supérieure à celle de cinq grains pour trois gros d'eau distillée.

On peut employer les huiles résolutives en les introduisant dans l'œil plusieurs fois par jour (cinq à six fois); quant aux excitans d'une énergie moyenne, ils doivent être plus rarement mis en usage; les pommades irritantes, surtout celles qui contiennent beaucoup de précipité rouge, ne doivent être appliquées qu'une fois toutes les vingt-quatre heures, c'est-à-dire avant de se coucher; cependant si le

malade est d'une constitution peu sensible, elles peuvent être employées dux fois par jour, et, jamais, dans leur préparation, le deutoxide de mercure par rapport à l'axonge ne devrait surpasser la proportion de une à quatre parties.

Je ferai encore remarquer, d'une manière générale, que tous les topiques destinés à faire disparaître les taies de la cornée doivent être plus énergiques que ceux dont on fait usage contre les ophthalmies.

Après avoir indiqué la manière d'administrer les médicamens simples, nous allons donner quelques-unes des principales formules recommandées par les médecins anciens et modernes.

℞ Sel volatil de corne de cerf. . . gr. v.
Fiel de bœuf épaissi. . . . . . ʒ j.
Extrait de chélidoine. . . . . . ʒ ij.
Mêlez.

Pour être appliqué sur l'œil au moyen d'un pinceau.

℞ Sel volatil de corne de cerf. . . gr. xij.
Fiel de bœuf. . . . . ʒ j.
Miel purifié. . . . . ʒ iij.
Mêlez.

On s'en sert pour toucher les taies plusieurs fois par jour.

Richter.

℞ Fiel de bœuf. . . . . }
Extrait de ciguë. . . . . . . } aa ℈ ij.
Extrait de quinquina. . . . . }
Mêlez.

Reil recommande l'emploi de ce mélange, surtout contre les taies qui sucèdent aux ophthalmies scrophuleuses.

℞ Tartrate antimonié de potasse. . gr. iv. à x.
Miel purifié. . . . . ℥ j.
Mêlez.

℞ Carbonate d'ammoniaque pyro-huileux. gr. viij.
Extrait de ciguë officinale. . . . . ʒ j.
Huile de noix. . . . . ʒ iij.
Mêlez.

℞ Potasse caustique . . . . gr. xij.
Huile de noix . . . . ℥ ß.
Mêlez.

℞ Sel volatil de corne de cerf . . . gr. x.
Huile de noix. . . . . ℥ ß.
Mêlez.

Pour faire un liniment, dont on applique plusieurs fois par jour une certaine quantité sur l'œil, à l'aide d'un pinceau.

MAITRE-JAN.

℞ Hydrochlorate de soude . . } aa quantité égale.
Coquilles préparées. . . . }
Mêlez et réduisez en poudre très-fine, dont on introduit par l'insufflation, une ou deux fois par jour, une petite quantité dans l'œil.

On peut encore faire un mélange qu'on emploie comme le précédent, dans lequel on fait entrer peu à peu jusqu'à deux parties de sel marin pour une partie de coquilles préparées;

℞ Aloès succotrin . . . . gr. vj.
Sucre blanc. . . . . ʒ j.
Mêlez et faites une poudre très-fine, dont on introduit une certaine quantité dans l'œil.

BOERHAAVE.

℞ Borax de Venise . . . . ʒ j.
Alcoolat de limaille d'étain . . . . ℈ ß.
Sucre blanc. . . . . ʒ ij.

Mêlez et faites une poudre très-fine.

℞ Protochlorure de mercure. . } aa gr. iv.
Aloès succotrin . . . . . }
Sucre . . . . ʒ ij.
Mêlez et faites une poudre très-fine.

℞ Hydrochlorate de soude . . . . . . ʒ j.
Yeux d'écrevisses préparés . . . . . ʒ ß.
Mêlez et faites une poudre très-fine.

℞ Alun calciné . . . . }
Borax de Venise . . . . . . } aa ℈ ß.
Sulfate de zinc. . . . . . . }
Deutoxide de mercure. . . . . gr. vj.
Sucre blanc . . . . ℈ j.
Mêlez et faites une poudre très-fine.

℞ Alun cru . . . . } aa ʒ ij.
Sucre blanc . . . . }
Mêlez et faites poudre très-fine, dont on applique uneune petite quantité sur l'œil au moyen d'un pinceau mouillé.

Richter.

℞ Borax de Venise. . . . . . . ʒ ß.
Sucre blanc . . . . ʒ j.
Eau de roses . . . . ℥ j.
Mêlez.

Plenck.

La dose du borax peut être portée jusqu'au double.

℞ Hydrochlorate d'ammoniaque purifié } aa ℈ j.
Sucre blanc . . . . }

Eau de roses . . . . ℥ j.
Mêlez.

℞ Hydrochlorate d'ammoniaque. . . ʒ ß.
Eau de roses. . . . . ℥ viij.
Mêlez; pour faire instiller quelques gouttes dans l'œil plusieurs fois par jour.

RICHTER.

℞ Hydrochlorate de baryte. . . . gr. x
Eau de laurier-cerise. . . . . . ℥ ij.
Mêlez; pour introduire une goutte dans l'œil toutes les deux heures.

HARGENS.

℞ Vin stibié. . . . . ℥ ß.
Laudanum liquide de Sydenham. . ʒ j.
Teinture d'aloès. . . . . ʒ ß.
Mêlez; pour en appliquer une goutte sur les taies trois fois par jour.

WELLER.

℞ Ammoniaque liquide. . . . . . gtt. x.
Huile de noix. . . . . ℥ ß.
Mêlez.

On applique cette préparation sur les taches avec un pinceau, et on augmente la proportion de l'ammoniaque à mesure que l'œil devient moins irritable.

GRÆFE.

℞ Eau de roses. . . . . ℥ ij.
Sucre blanc. . . . . } aa ʒ ß.
Borax de Venise. . . . . }
Extrait aqueux d'aloës. . . . }
Extrait d'opium. . . . . . } gr. jv.
Mêlez.

BEER.

℞ Deutochlorure de mercure. . . . . gr. j.
Opium purifié. . . . . gr. viij.
Faites dissoudre dans eau de roses. ℥ ij.

BEER.

℞ Liqueur exprimée du foie de la lamproie de rivière. . . . . . . ʒ j.
Beurre frais non salé. . . . . . . ℥ ß.
Deutoxide de mercure. . . . . . . gr. xv.
Sulfate de zinc. . . . . gr. vj.
Mêlez, pour faire une pommade.

BEER.

℞ Beurre frais non salé. . . . . . ʒ ij.
Deutoxide de mercure. . . . . . gr. xv.
Tutie préparée. . . . . gr. vj.
Mêlez, pour faire une pommade, dont on introduit, une fois par jour, une très-petite quantité dans l'œil, au moyen d'un pinceau.

BEER.

℞ Deutoxide de mercure. . . . . . . ℈ ß.
Axonge. . . . . ℈ v.
Huile de cacao. . . . . ℈ j.
Huile de noix. . . . . . . } aa ℈ ß.
Laudanum liquide. . . . . }
Mêlez très-exactement.

℞ Tartre stibié. . . . . gr. vj.
Faites dissoudre dans eau distillée quantité suffisante ; ajoutez :
Axonge récente. . . . . ℈ v.
Huile de cacao. . . . . ℈ j.
Mêlez.

℞ Os de seiche réduit en poudre très-fine . . . . ℈ j.
Sucre des Canaries en poudre . . . ʒ ß.
Fiel de brochet frais, quantité suffisante pour faire une pommade qu'on emploie contre les taies molles de la cornée en l'appliquant, avec précaution, à l'aide d'un pinceau.

GRÆFE.

Indépendamment des formules que je viens d'indiquer j'ai encore retiré beaucoup d'avantages des préparations suivantes :

℞ Deutoxide de mercure . . . . . . gr. iij. à v.
Laudanum liquide . . . . ʒ ß.
Axonge. . . . . ʒ j.
Mêlez. On en applique une à deux fois par jour sur la cornée, une quantité égale au volume d'une tête d'épingle.

℞ Carbonate de potasse . . . . . . gr. x à xv.
Axonge . . . . ʒ j.
Mêlez. Ou :

℞ Carbonate de potasse . . . . . gr. x à xij.
Laudanum liquide. . . . . ʒ ß.
Axonge. . . . . ʒ j.
Mêlez. Lorsque les taches sont très-dures, on en introduit trois fois par jour une petite quantité entre les paupières.

℞ Deutochorure de mercure. . . . gr. j.

Eau de roses	℥	ij.
Laudanum liquide	ʒ	j.
Mucilage de gomme arabique . .	ʒ	j.

Mêlez. On s'en sert contre les taches récentes qui ont succédé aux ophthalmies scrophuleuses, en en appliquant une petite quantité sur la cornéée deux ou trois fois par jour.

Lorsqu'une tache est entretenue par un ou plusieurs faisceaux de vaisseaux sanguins qui s'y rendent, il est bon de les soulever avec des pinces, et d'en exciser des portions, pour interrompre la communication qu'ils entretiennent avec elle; celle-ci, privée de ses moyens de développement, cède ensuite plus facilement aux moyens ordinaires.

Quand un leucôme a résisté à tous les moyens, on peut essayer de passer un séton à travers la substance de la cornée, au moyen d'une aiguille fine, courbe et aplatie. C'est ce qu'a pratiqué récemment Delarue (1), et avant lui, Pellier. Le résultat de cette opération, en apparence grossière, a été, dans plusieurs cas, favorable, car on en a obtenu un éclaircissement gradué des taies et une amélioration passable de la vue. Ce moyen serait peut-être applicable surtout dans les cas d'abcès secs de la cornée. Je n'hésiterais pas à l'essayer si, dans un cas d'obscurcissement leucomateux des deux cornées, ayant résisté aux moyens ordinaires, on ne pouvait pas pratiquer de pupille artificielle, ni déplacer, par la méthode de Himly, celle déjà existante. Ce serait alors le cas de dire avec Hippocrate : *Meliùs anceps quàm nullum.*

(1) *Cours complet des maladies des yeux.* Paris, 1820, pag. 173.

PROPULSION CONIQUE DE LA CORNÉE (1).

Cette maladie rare, qui n'a été bien connue que de nos jours, consiste en un alongement très-lent, absolument sans inflammation, de la cornée qui prend une forme conique. (Voyez pl. II, fig. 2 et 3.) Le sommet du cône est ordinairement épaissi, quelquefois opaque, et se trouve toujours au centre de la cornée (2). Examiné de côté, il ressemble à un crystal solide; vu par sa face antérieure, il paraît étincelant (3), et empêche qu'on ne distingue facilement l'iris et la pupille. Il résulte de ces changemens de forme de la cornée, non-seulement la myopie, mais encore une réfraction tellement irrégulière des rayons lumineux, que des objets très-rapprochés paraissent brouillés et défigurés (4); sur la fin, le malade ne distingue même plus les grands objets à la distance de trois à quatre pieds. On observe cette maladie plus particulièrement chez de jeunes personnes; cependant elle affecte aussi des individus plus âgés. La propulsion conique de la cornée peut, lorsqu'elle n'est parvenue qu'à un léger degré de développement, rester stationnaire pendant nombre d'années, sans que le sommet du cône devienne

(1) C'est à tort que l'on a donné à cette maladie le nom de *staphylôme conique*; les médecins allemands désignent par ces mots une affection toute différente. Si elle consistait en une végétation conique du tissu de la cornée, comme le prétend Adams, on pourrait, d'après Himly, l'appeler *hyperkératosis*; mais sa nature n'étant pas très-bien connue, on peut se contenter de la désigner sous le nom de *cornée conique* qui la caractérise mieux.

(2) Adams a cependant vu, dans quelques cas, le sommet du cône exister dans un point plus ou moins éloigné du centre de la cornée. Suivant cet auteur, cette maladie serait plus commune chez les femmes.

(3) Wardrop, l. c., p. 114.

(4) Ware, l. c., p. 61.

opaque. Elle a été observée, tantôt sur un seul œil, tantôt sur tous les deux à la fois (1).

Quoique cette maladie soit fort rare, elle a été néanmoins plusieurs fois observée par beaucoup de médecins; et MM. Demours père et fils l'ont rencontrée plus de cent fois (2). Jusqu'ici on connaît très-peu les causes qui la déterminent. Elle survint, dans un cas (3), à la suite de cris violens, chez une femme, pendant un accouchement laborieux. On n'a jusqu'à présent opposé à cette affection qu'un traitement très-insuffisant. Ainsi on a vidé l'humeur aqueuse (Ware) pour employer ensuite la compression; mais on n'a obtenu aucun succès de cette pratique. On a mieux réussi par l'instillation dans l'œil de quelques gouttes d'une infusion de tabac. Enfin on est parvenu à remédier à l'extrême myopie qui en est le résultat, en opérant la dépression du crystallin, comme dans l'opération ordinaire de la cataracte (4). Cependant ce procédé est très-incertain, et il est un grand nombre de cas où il ne peut pas être mis en usage.

L'estimable critique qui a rendu compte de notre première édition (5) a deux fois observé cette maladie; dans un cas elle se présenta (comme dans celui rapporté par Rowley) subitement, à la suite d'un regard brusquement dirigé sur un mur blanc et éclairé d'une lumière très-vive. L'application de plusieurs vésicatoires, l'usage des dérivatifs et d'un col-

(1) Scarpa, *Traité des maladies des yeux*, traduit de l'italien par Léveillé, t. II, p. 179.

(2) L. c., t. I, p. 316.

(3) Rowley, l. c., p. 409.

(4) W. Adams, dans le journal intitulé : *Archiv fur medicinische Erfahrung*, etc., publié par les professeurs Horn, Nasse et Henke, 1817, Bd. 2, S. 191.

(5) *Gazette médico-chirurgicale de Salzbourg*, n. 98 du 9 décembre 1819, pag. 314.

lyre astringent guérirent à peu près la maladie dans l'espace de trois semaines, sans doute parce que, comme le dit ce médecin, les secours avaient été administrés à temps. Cet auteur regarde la maladie comme étant produite par une rupture de la membrane interne de l'humeur aqueuse, accompagnée d'une propulsion des feuillets extérieurs de la cornée, rupture qui est déterminée par une contraction simultanée et violente de plusieurs muscles antagonistes de l'œil.

HERNIE DE LA CORNÉE.

Hernia corneæ, keratocele.

Lorsqu'un ulcère de la cornée a pénétré jusqu'à la lame la plus interne de cette membrane, il arrive quelquefois que quand il existe encore, ou même quand il est déjà cicatrisé, la dernière lamelle restante se trouve poussée au dehors par la pression de l'humeur aqueuse, sous forme d'une petite vésicule grisâtre, semi-transparente, qui est une véritable hernie de la cornée ou kératocèle. Les plaies de cette membrane, et même certains ulcères pénétrans (lorsque la lame la plus interne ou la plus externe de la cornée se régénère plus promptement que les autres et est refoulée en dehors), peuvent donner lieu à des kératocèles.

Le pronostic de cette maladie est variable. Si la hernie est peu volumineuse et qu'elle ne se soit pas encore ouverte, on doit s'attendre à ce qu'il reste une cicatrice plus ou moins étendue; néanmoins le pronostic est très-favorable, et la vue n'éprouve pas d'obstacles après la guérison, si la hernie est éloignée de l'axe visuel; mais quand la kératocèle se trouve placée au-devant de la pupille, si son diamètre est égal à celui de cette ouverture, il en résulte presque toujours la perte de la vue, ou au moins un obstacle plus ou moins considé-

rable, car la cicatrice consécutive à ces ulcérations est toujours incurable.

Les ophthalmies des nouveau-nés offrent quelquefois des exceptions à cette règle, lorsqu'on peut parvenir à diminuer peu à peu l'opacité des cicatrices, par l'usage continué avec persévérance des moyens convenables, et surtout des pommades préparées avec le précipité rouge (deutoxide de mercure). J'ai fait à cet égard plusieurs expériences curieuses. Dans les cas où l'ulcère de la cornée ne sécrète pas de pus, mais bien un fluide lymphatique limpide, le lieu occupé par la hernie est encore facile à distinguer après la guérison de la solution de continuité; il n'est pas opaque, mais il est simplement entouré d'une sorte de brouillard circulaire qu'on parvient encore à faire disparaître dans certains cas.

Quand la hernie est considérable, et surtout lorsqu'elle s'est ouverte, presque toujours l'iris est engagé dans l'ouverture, d'où résultent la déformation et le rapetissement de la pupille, et par suite une diminution considérable de la vue.

Le traitement de cette affection consiste dans l'emploi de substances astringentes, telles qu'une forte solution de pierre divine; on applique en même temps sur la saillie formée par la hernie, du laudanum liquide, seul, ou associé avec le baume de vie d'Hoffmann. On a aussi obtenu des succès de l'application du nitrate d'argent. Ce dernier moyen est encore convenable lorsque l'iris s'est introduit dans le sac herniaire; mais alors, loin de prévenir la formation de la *synéchie antérieure*, il la favorise davantage (1).

Quelquefois le chlorure d'antimoine, pur ou étendu d'acide hydrochlorique est très-utile, lorsqu'on en place une très-petite quantité, au moyen d'un pinceau, sur le point de la cornée faisant hernie, et qu'on le lave aussitôt après avec

(1) Si le prolapuss de l'iris est tout récent, on peut essayer de réduire cette membrane par les procédés que nous avons indiqués en parlant des plaies de la cornée.

du lait chaud. Quand on peut espérer de guérir l'ulcère de la cornée par un des moyens indiqués, avant que la rupture de sa lame interne ait eu lieu, on ne doit jamais employer de collyres saturnins; car, bien qu'ils réussissent souvent à empêcher cet accident, ils occasionent néanmoins toujours une cicatrice blanche, qui gêne plus ou moins la vision. On peut en dire autant de toutes les excoriations étendues, auxquelles la cornée est quelquefois sujette, et qui, lorsqu'elles sont négligées, peuvent aussi causer des hernies de cette membrane qui ont alors une plus grande étendue. Les moyens que nous venons d'indiquer lorsqu'ils sont réunis aux dérivations énergiques opérées sur la peau et le canal intestinal, sont aussi de beaucoup préférables à l'usage des préparations de plomb.

MALADIES DU CRYSTALLIN.

INFLAMMATION DU CRYSTALLIN ET DE SA CAPSULE.

Lentitis, capsulitis.

Les résultats de l'observation nous montrent que la lentite simple, surtout celle qui est due à des causes extérieures, s'accompagne toujours de l'inflammation d'autres parties voisines de la lentille crystalline. L'iris est par conséquent toujours enflammé, et la pupille plus ou moins sensiblement tiraillée ou rétrécie.

Lorsque cette inflammation n'est pas franche, circonstance qui est la plus commune, elle naît lentement, suit le plus souvent une marche chronique, et se montre quelquefois sans être accompagnée de l'inflammation de l'iris. Elle s'annonce communément par une légère photophobie, une sensation analogue à celle d'un faible nuage qui serait placé devant les yeux. Si l'on favorise la dilatation de la pupille, au moyen de l'extrait de belladone, on peut voir un grand

nombre de vaisseaux gorgés de sang, dont les plus volumineux sont perceptibles à l'œil nu. Au moyen d'une loupe grossissant les objets de six fois leur volume, on aperçoit dans la capsule antérieure du crystallin, et au centre de la pupille arrondie, une sorte de couronne de vaisseaux déliés qui, si on l'examine de plus près, paraît être formée de plusieurs arcades vasculaires, vers lesquelles se rendent, en rayonnant, une grande quantité de vaisseaux venant de la périphérie de la paroi antérieure de la capsule ou de l'uvée, de telle manière qu'ils ne naissent pas immédiatement du bord pupillaire, mais bien à une petite distance de lui. Le crystallin, qui dans l'état normal ne reçoit point de vaisseaux sanguins, offre souvent aussi une semblable couronne vasculaire, à laquelle aboutissent quelquefois encore d'autres vaisseaux de la partie postérieure. Il existe entre ces vaisseaux de la capsule et le crystallin, comme dans la kératite, un épanchement de lymphe coagulée qui ajoute encore aux obstacles qui s'opposent à la vision. Les vaisseaux sanguins qu'on découvre dans le corps même du crystallin, semblent pénétrer jusqu'à lui par suite de l'exubérance de la substance des extrémités de ceux de la capsule. Le même phénomène s'observe encore dans les inflammations d'autres parties du corps. Aussi toutes les inflammations du crystallin semblent avoir leur point de départ dans la capsule, avant de se propager jusqu'à lui. Les douleurs sont, du reste, peu fortes, et se font sentir au fond de l'orbite et dans la région sus-orbitaire, plutôt que dans le centre du globe de l'œil.

La pupille est plus ou moins immobile, sa forme est ovale et irrégulière dans sa partie supérieure et interne. Dans quelques cas où l'iris était assez fortement enflammé, on l'a vu être plus avancé vers le milieu. Walther (l. c., p. 55.) a observé que les yeux gris ou bleus étaient moins souvent affectés de lentite que ceux de couleur foncée. L'inflammation du crystallin, qui doit s'accompagner du trouble de sa transparence, occasione quelquefois une cataracte qui est suscep-

tible de rester constamment partielle et imparfaite, si la phlegmasie a été franche; mais quelquefois cet organe reprend sa transparence après la guérison de l'inflammation.

Il semblerait que l'inflammation du crystallin peut avoir la même terminaison que la phlegmasie d'autres organes. Wenze (1) rapporte un cas remarquable de suppuration du crystallin. Gunz, de la Faye, la Peyronie, etc., ont également vu et décrit des cataractes purulentes. De quelle autre cause pouvaient-elles dépendre, si ce n'est d'une inflammation préalable? L'induration du crystallin, et l'épanchement de lymphe plastique, ne sont pas rares, c'est pourquoi toute cataracte adhérente doit être le produit d'une inflammation préalable, non-seulement des parties environnantes, mais pour le moins aussi de la capsule du crystallin. Lorsque celle-ci adhère au crystallin lui-même, on doit penser qu'elle lui a communiqué la phlegmasie. Or, toute terminaison de la lentite, autre que la résolution, entraîne après elle une opacité du crystallin, et par conséquent une cataracte.

Je me suis convaincu, par de nombreuses expériences, que l'inflammation de la capsule et du crystallin, décrite par Ph. de Walther et par d'autres auteurs, est le degré le plus violent auquel on ait observé cette phlegmasie, qui est rare comparativement aux autres. On la rencontre à un degré plus léger, ce qui est beaucoup plus fréquent; elle se comporte alors de la manière suivante. Le malade éprouve la sensation d'une légère pression dans l'œil, et d'un tiraillement au-dessus des sourcils, qui mérite à peine d'être considéré comme une douleur; les yeux sont larmoyans, la vue est fascinée par l'apparition de mouches volantes, et lorsqu'on y fait attention, on remarque en même temps une faiblesse de la vue dans l'œil affecté. Ce dernier phénomène consiste dans l'apparition d'un léger nuage qui semble être placé entre

(1) *Ueber den Zustand der Augenheilkunde in Frankreich*, etc. Nürnberg, 1825, p. 83. (Sur l'état de l'ophthalmologie en France, etc.)

l'œil et les objets ; ce nuage paraît plus épais lorsque les objets sont placés dans l'ombre, l'œil étant exposé à la lumière ; il est au contraire beaucoup plus léger lorsque le malade tourne le dos à la lumière, et que l'objet qu'il considère est bien éclairé. A cette époque de la maladie, le médecin, lorsqu'il est doué d'une bonne vue, aperçoit un nuage inégal, extrêmement faible, placé derrière la pupille. Si cette inflammation légère de la capsule ne s'élève pas au degré violent qui a été décrit, on ne remarque ni une paresse ou immobilité particulière de la pupille, ni une altération des couleurs de l'iris, ni la photophobie, ni la présence de vaisseaux sanguins dans la capsule ou dans le crystallin ; le seul signe objectif est le nuage léger placé derrière la pupille, et encore n'est-il perceptible, d'abord, que pour les personnes douées d'une vue perçante ; bientôt il devient peu à peu plus apparent, et se montre le plus souvent irrégulièrement tacheté ; son apparition coïncide exactement avec la manifestation des sensations que nous avons dit être ressenties par le malade dans l'œil et au-dessus du sourcil. Ce n'est que par l'usage de la dissolution d'extrait de belladone qu'on peut donner à la pupille son diamètre ordinaire ; quelquefois même elle devient un peu anguleuse, ce qui dépend des adhérences naturelles qui existent entre l'uvée et la capsule, adhérences qui, par suite de l'inflammation, sont devenues plus fortes et plus solides. Néanmoins, tant que l'inflammation persiste à ce degré, la pupille non dilatée conserve sa mobilité, parce que les adhérences ne s'étendent pas jusqu'au bord pupillaire, mais restent limitées à une certaine distance de lui.

Les causes de ce léger degré de phlegmasie sont surtout des refroidissemens du front et des pieds ; il arrive aussi quelquefois que les diathèses sous l'influence desquelles se trouve l'économie, peuvent contribuer au développement de cette maladie.

Le pronostic est presque toujours fâcheux, parce qu'il est rare que le médecin soit appelé assez tôt pour pouvoir ob-

tenir une prompte résolution. Après la terminaison ordinaire de cette phlegmasie, il reste un trouble persistant de la capsule, et si elle a occupé une très-grande étendue ou si elle a été générale, un obscurcissement du crystallin lui-même. Quelquefois il survient une induration de la capsule et du crystallin, alors ces deux parties sont adhérentes l'une à l'autre; d'autres fois il peut se faire entre elles des épanchemens aqueux, qui peu à peu ramollissent la substance de ce corps. Un grand nombre de cataractes capsulo-lenticulaires ne doivent très-probablement leur consistance molle, onctueuse ou aqueuse, qu'à de semblables inflammations qui les ont précédées.

Le traitement de la capsulite, soit violente, soit légère, doit, à son début, consister dans l'emploi des moyens antiphlogistiques. Ainsi on a recours, suivant les circonstances, aux saignées générales ou locales; on administre des mixtures légèrement laxatives, le calomel; on prescrit des frictions mercurielles faites au-dessus des sourcils, des pédiluves et des demi-bains, et on établit de fortes dérivations à la peau.

Lorsque la manifestation des symptômes a été immédiatement précédée de refroidissement du front, on ajoute aux moyens précédens de légers sudorifiques et l'application de sachets d'herbes chaudes. On ne doit jamais perdre de vue les discrasies sous l'influence desquelles on voit augmenter l'inflammation.

Je viens d'exposer le diagnostic *de la lentite*, qui a été tant éclairé par le célèbre Ph. de Walther (*l. c.*), pour le faire servir, en quelque sorte, d'introduction à la *cataracte*, dont nous allons nous occuper : parce que je pense, avec plusieurs médecins, qu'un très-grand nombre de cataractes sont occasionées par une inflammation du crystallin et de sa capsule, et que cette phlegmasie mérite, avant tout, d'être prise en considération par l'homme de l'art. Je pense cependant avec le critique qui a rendu compte de la monogra-

phie de Benedict sur la cataracte (1), qu'il ne faut pas accorder trop d'influence à la lentite, et qu'on ne doit pas lui attribuer trop généralement la formation de cette maladie. Cependant la connaissance de l'inflammation du crystallin est assurément très-importante pour la pratique. La photophobie qui accompagne la formation de beaucoup de cataractes, et ce fait d'observation, que, dans les cataractes récentes, surtout dans celles qui ne sont pas encore entièrement développés, la tendance à l'inflammation, après l'opération, est plus grande (circonstance qui avait été observée par Gleize et d'autres praticiens avant même qu'on eût une idée distincte de la lentite), indiquent déjà un état inflammatoire de ces parties.

CATARACTE.

Catáracta, hypochyma, suffusio oculi.

On nomme cataracte tout obscurcissement du crystallin ou de sa capsule, qui s'oppose plus ou moins à ce que les rayons lumineux pénètrent jusqu'à la rétine.

La cataracte, à son début, est quelquefois confondue avec une amaurose commençante. Pour éviter cette méprise, il est nécessaire de connaître les phénomènes distinctifs de ces deux affections.

Les signes caractéristiques qui accompagnent communément la cataracte, quand elle se développe lentement, sont les suivans : les objets se montrent au malade, enveloppés d'un brouillard, ils lui paraissent sales et comme couverts de poussière. La diminution de la vue est en rapport avec l'opacité qu'on observe derrière la pupille. Cette opacité se remarque le plus souvent, d'abord au centre, plus rarement sur le bord pupillaire; à une époque plus avancée, on aper-

(1) *Gazette médico-chirurgicale de Salzbourg*, 1816, vol. II, p. 255.

çoit vers celui-ci un cercle noirâtre, qui est l'ombre projetée par l'iris sur le crystallin devenu visible (1). Si la cataracte commence dans le centre du crystallin, elle cache d'abord les objets placés exactement en face de l'œil, mais les malades peuvent les apercevoir sur les côtés; de là vient qu'ils les distinguent mieux dans un clair-obscur, parce que la pupille est alors dilatée, tandis qu'à un jour vif elle est fortement contractée. Mais dès que le crystallin est complètement opaque et que la cataracte est parfaite, le malade voit un peu mieux à une lumière vive que dans le crépuscule, c'est-à-dire lorsque la lumière est faible, par la raison, qu'alors les rayons lumineux trop peu intenses ne peuvent pas arriver à la rétine, lors même que la pupille est dilatée; tandis qu'une lumière vive pénètre toujours à travers le crystallin opaque jusqu'au fond de l'œil.

Tant que l'opacité du crystallin est encore peu considérable, le meilleur moyen palliatif est celui conseillé par WATHEN (2), qui consiste dans l'usage de lunettes à verres convexes, qui, grossissant les objets, les rendent par conséquent plus visibles, en sorte qu'avec leur secours les malades peuvent encore lire couramment dans des livres dont ils distingueraient à peine les caractères à l'œil nu. Néanmoins ils sont myopes, et l'espèce de brouillard qu'ils voient devant les yeux, est beaucoup plus épais lorsqu'ils regardent dans le lointain que quand ils considèrent des objets situés près d'eux; circonstance dont on se rend facilement raison. Pour que les lunettes soient les meilleures possibles, il faut non-seulement que les verres en soient fort convexes (entre douze et vingt pouces de foyer), mais elles doivent encore être disposées de manière à ce que les yeux soient convena-

(1) Il ne faut pas confondre avec l'ombre de l'iris, le bord pudillaire brun de cette membrane, qui devient plus visible par suite de l'opacité blanchâtre du crystallin, dont le fond contraste fortement avec la couleur de ce bord.

(2) Dissertation on the theory and cure of the cataract.

blement garantis; ce qu'on obtient facilement, soit en garnissant les lunettes sur les côtés avec du taffetas vert, soit en adaptant à leur monture une petite visière de même étoffe.

La flamme des bougies paraît au malade comme entourée d'un brouillard blanchâtre, et, lorsque la cataracte est plus avancée, il n'aperçoit plus la flamme elle-même, mais seulement l'auréole dont elle est entourée. L'iris est mobile dans la cataracte commençante.

Les phénomènes caractéristiques qui annoncent le développement de l'amaurose sont au contraire les suivans : Le trouble est beaucoup trop profond dans l'œil pour qu'il puisse avoir son siége dans le crystallin, en même temps il se montre plus concave que dans la cataracte, quand on l'examine avec soin. La couleur résultant de l'obscurcissement, se rapproche plutôt du verdâtre ou du rougeâtre que du grisâtre. Le malade est souvent presque entièrement aveugle, tandis que l'obscurcissement apparent est presque nul. La pupille est dilatée, l'iris n'est que peu ou point mobile, et son bord libre offre un contour plus ou moins anguleux; en même temps la cornée est matte, et, si l'amaurose est de nature paralytique, l'œil ne se dirige plus sur les objets. La diminution et l'augmentation alternative de la faculté de voir ne dépendent pas ici de la dilatation ou du rétrécissement de la pupille, mais bien des influences débilitantes ou fortifiantes qui exercent leur action sur tout l'organisme. Pour les individus affectés d'une amaurose commençante, la flamme paraît environnée des couleurs de l'arc-en-ciel; la vision n'est pas améliorée par l'usage des lunettes; les objets ne sont pas plus visibles lorsqu'ils sont placés en face de l'œil que lorsqu'ils sont sur le côté. Néanmoins, il est souvent facile de distinguer une amaurose à son début d'une cataracte commençante, mais il est souvent beaucoup plus difficile de reconnaître d'avance l'amaurose qui accompagne celle-ci, surtout si on n'examine pas avec le plus grand soin. Il est inutile d'insister ici davantage sur les précautions que l'on doit apporter dans cet

examen, pour éviter l'erreur et conserver la confiance des malades; car l'insuccès n'est jamais attribué à la nature incurable de la maladie, il pèse sur la responsabilité du médecin. Il est indubitable qu'indépendamment de la *cataracte glaucomateuse*, il y en a encore plusieurs autres qui ne surviennent qu'à la suite d'une amaurose; dans ces cas, cette dernière affection précède toujours les autres. Mais il y a aussi des cataractes compliquées d'amaurose, qui reconnaissent les mêmes causes, se manifestent aussi en même temps qu'elle. Il faut donc, quand on soupçonne l'existence de cette dernière, examiner tout avec attention, et on ne devrait jamais négliger, dans ces cas, l'emploi de la belladone ou de la jusquiame à l'extérieur comme moyens d'exploration. Souvent la cataracte est non-seulement volumineuse, mais encore elle adhère à la face postérieure de l'iris, ce qui empêche le malade de pouvoir établir la distinction entre le jour et la nuit. Ces adhérences n'existent pas toujours immédiatement entre l'uvée et la capsule crystalline, elles ne se montrent pas non plus constamment accompagnées d'une roideur de l'iris, d'un rétrécissement et d'une déformation anguleuse de la pupille; elles ont lieu, au contraire, dans la plupart des cas, sur des points de l'uvée éloignés du bord pupillaire, en sorte que le petit cercle de l'iris peut conserver toute sa mobilité. Souvent ces adhérences ne sont pas autre chose qu'une consolidation et une augmentation des rapports vasculaires qui existent constamment à l'état normal, entre le cercle ciliaire, etc., et la capsule crystalline. La belladone peut donner alors les indices nécessaires; elle permet d'opérer avec succès, dans des cas, où, privé des notions qu'elle fournit, on n'oserait peut-être rien entreprendre.

Espèces et sous-espèces de cataractes.

La cataracte lenticulaire commence au centre du crystallin, par une couleur gris jaunâtre qui diminue d'intensité

en se rapprochant de son bord. En même temps, l'ombre du bord pupillaire se montre, sous la forme d'un cercle noirâtre, sur le bord de la pupille, pendant que celle-ci conserve sa faculté de dilatation et de contraction ordinaire. Cette cataracte est communément à une distance considérable de l'uvée, et n'offre jamais de nuages d'un blanc-clair dans le point devenu opaque. (Pl. II, f. 4). Les cataractes lenticulaires simples se rencontrent le plus souvent chez les personnes âgées; elles sont, pour la plupart, dures et peu volumineuses; d'où il résulte que les individus qui en sont affectés peuvent souvent encore lire des caractères fins, lors même que l'opacité du crystallin est déjà, pour le médecin exercé, visible à une certaine distance. Cependant, dans ces cas, le crystallin offre toujours une teinte d'un jaune-noirâtre, sale, ou d'un gris verdâtre et noirâtre, et ne présente jamais une couleur grise blanchâtre. Lorsque celle-ci se fait remarquer, la faculté de voir n'existe plus qu'à un degré beaucoup moindre.

La cataracte capsulaire ou membraneuse se développe rarement en commençant vers le centre de la pupille, mais, le plus souvent, elle se fait d'abord remarquer vers son bord, sans offrir une disposition constante. Tantôt elle se présente sous forme de points ou de stries brillantes, comparables au blanc de baleine, tantôt elle offre l'aspect de taches. Cette cataracte est toujours d'une couleur très-claire, mais elle n'est jamais d'une teinte uniforme (1); il est rare qu'elle existe long-temps seule; et elle ne tarde pas à passer à l'état de cataracte capsulo-lenticulaire.

En général on voit rarement la capsule être seule obscurcie sans que le crystallin devienne bientôt opaque. Cette circonstance ne se présente, comme le fait remarquer M. Ph.

(1) Les parties blanches, brillantes comme du blanc de baleine, qui se rapprochent du centre, dans la pupille de la figure 6 de la planche II, se reconnaissent facilement pour appartenir à la capsule crystalline antérieure devenue opaque.

de Walther (1), que chez les jeunes gens et jamais chez les vieillards. On peut reconnaître que l'opacité est bornée à la capsule lorsqu'elle est partielle; je pense qu'elle est alors non-seulement bornée à la capsule, mais qu'elle est toujours le produit d'une inflammation de cette membrane. Peut-être presque toutes les espèces de cataractes capsulaires et capsulo-lenticulaires ne sont-elles que le résultat du même acte inflammatoire; je serais tenté de n'en exclure que les cataractes lenticulaires, dans lesquelles les progrès de l'opacité marchent lentement, ne commencent que dans le crystallin, et affectent long-temps l'apparence des cataractes lenticulaires simples.

Il y a trois sous-espèces de cataractes capsulaires. (*a*) *La cataracte capsulaire antérieure.* Lorsque la moitié antérieure de la capsule est seule devenue opaque, on voit, dans cette portion de la membrane qui enveloppe le crystallin, des stries et des taches d'un gris clair, blanches comme de la craie ou nacrées; elle augmente d'épaisseur, remplit quelquefois entièrement la chambre postérieure de l'œil, empêche par là les mouvemens de l'iris, et s'oppose à ce qu'on aperçoive l'ombre dont nous avons parlé. La vision est non-seulement bornée, mais encore elle est véritablement abolie; il reste seulement une sensation produite par la présence de la lumière, lorsque le malade se trouve dans un endroit éclairé, ou quand il est placé dans un clair-obscur. On peut encore considérer comme une sous-espèce accessoire de la cataracte capsulaire antérieure, la *cataracte dendroïde* ou *arborescente*, *cataracte chorioïdale* de Richter (*Chirurg.*, vol. 3, p. 174). On donne ce nom à des cataractes qui présentent des formes arborescentes, brunes, qu'on observe dans la capsule crystalline antérieure, qui est déjà le siége d'une opacité

(1) *Abhandlungen aus dem Gebiete der practischen Medicin*, etc. 1 B., S. 22. 1810. (Mémoires de médecine pratique, etc.)

grisâtre, ou qui conserve encore sa transparence. On ne s'accorde pas sur la nature de cette cataracte; quelques anciens médecins, PELLIER, par exemple, regardaient ces ramifications brunâtres comme des prolongemens de la membrane choroïde. D'autres, parmi lesquels il faut citer BEER, la considèrent comme l'impression du *tapetum* de l'uvée sur la capsule crystalline. D'autres enfin pensent que ce sont des obscurcissemens dendroïdes, opérés dans la substance même de la capsule, ou qu'on a donné le nom de *cataracte dendroïde* aux vaisseaux sanguins de la capsule enflammée.

(*b*) La *cataracte capsulaire postérieure* consiste dans l'opacité de la moitié postérieure seulement de la capsule; on la reconnaît à une opacité concave, inégale, d'un gris blanchâtre, qui ne s'accompagne jamais de stries et de taches d'un blanc analogue à celui de la craie. Dans cette affection, la mobilité de l'iris subsiste encore, lors même que le crystallin est déjà opaque, et que la vision a éprouvé une légère diminution. Ces signes doivent aussi être ceux de la cataracte dite *hyaloïde*, dans laquelle l'opacité doit porter sur la portion de la membrane de l'humeur vitrée qui tapisse la concavité de ce corps et reçoit la face postérieure du crystallin. Mais l'existence de cette espèce de cataracte paraît jusqu'ici encore problématique.

(*c*) La *cataracte capsulaire parfaite* se rapproche, pour les symptômes, de la cataracte capsulaire antérieure, à cela près que dans la première, la chambre postérieure de l'œil a complètement disparu, à cause de l'épaississement de la capsule; la pupille est presque immobile, et l'iris offre quelquefois une convexité parce que la cataracte le pousse en devant.

CATARACTE DE MORGAGNI. Elle consiste dans une opacité de l'humeur de Morgagni; elle est le plus souvent occasionée par l'action d'un agent chimique, subitement exercée sur l'œil, (telle que le contact des vapeurs d'acides minéraux concentrés, etc.); cette espèce de cataracte est une des plus

rares. Cette opacité est immédiatement suivie d'une décomposition complète du crystallin en un fluide lactescent, et quelquefois aussi en même temps d'une cataracte capsulaire parfaite; c'est pourquoi il est rare de la trouver dans sa simplicité (1). Elle est d'un blanc de lait léger, toute la pupille paraît nébuleuse; mais ces nuages changent aussitôt de forme, chaque fois qu'on fait sur le globe de l'œil des frictions avec le doigt, ou lorsque cet organe exerce des mouvemens forts et rapides; la chambre postérieure de l'œil est entièrement ou presque entièrement effacée, et la vue est plus ou moins bornée. (Voyez pl. II fig. 5).

CATARACTE CAPSULO-LENTICULAIRE. Elle n'est pas la plus rare : on la reconnaît à ce que la couleur du corps devenu opaque, qui se montre très-voisin de l'uvée, est en partie crétacée, en partie nacrée; on aperçoit sur quelques points ces deux couleurs disposées par couches distinctes et superposées, de telle façon que la couche nacrée est toujours supérieure à la couche crétacée; l'iris est presque immobile, mais la pupille est arrondie. Cette cataracte volumineuse pousse l'iris en devant et lui fait faire saillie vers la cornée; c'est pourquoi le malade n'aperçoit la lumière que d'une manière très-confuse. (Pl. II, fig. 6).

La cataracte capsulo-lenticulaire peut être divisée en sous-espèces :

(*a*) La cataracte capsulo-lenticulaire accompagnée de végétations peu considérables de la capsule antérieure, selon que les végétations présentent des formes différentes, est appelée *cataracta capsulo-lenticularis marmorea*, *fenestrata*, *stellata*, *centralis*, *punctata* et *dimidiata*. Dans toutes ces sous-espèces accessoires et dans la plupart des autres sous-espèces dont il nous reste à parler, le crystallin est dégénéré

(1) Il faut que dans ces cas le crystallin devienne promptement opaque, puisqu'il est nourri par l'humeur de Morgagni.

jusqu'à son centre en une matière gélatineuse ou lactescente.

(*b*) La *cataracte capsulo-lenticulaire cystique* se caractérise par une couleur blanc de neige, qui est plus ou moins rapprochée de l'iris, suivant que la tête est penchée en avant ou en arrière; dans le premier cas elle touche à l'uvée et semble vouloir pénétrer à travers la pupille. Quelquefois cette variété de la cataracte capsulo-lenticulaire est tremblante (*cataracta capsulo-lenticularis tremula*) ou même flottante (*c. capsulo-lenticularis natalitis*). La cause de ce phénomène consiste dans une très-grande diminution ou même dans une destruction de la capsule crystalline et des organes voisins.

(*c*) La *cataracte capsulo-lenticulaire conique* ou *pyramidale* est toujours le produit d'une violente inflammation du globe de l'œil, et se distingue des autres, surtout par une végétation conique, blanche, presque brillante, qui, née du milieu de la capsule antérieure du crystallin, s'avance hors de la pupille, et, par suite de son adhérence avec le bord pupillaire, rend l'iris tout-à-fait immobile et la pupille anguleuse ; en même temps, la sensation produite par la lumière est naturellement très-faible ou manque tout-à-fait.

(*d*) La *cataracte capsulo-lenticulaire siliqueuse sèche* se rencontre principalement chez de très-jeunes enfans qui ont souvent été pris de mouvemens convulsifs, affectant surtout les muscles du globe de l'œil ; mouvemens convulsifs qui ont eu pour résultat de séparer, en partie, la capsule de ses connexions, d'où résulte un défaut de nutrition, et par suite une atrophie de cette membrane et du crystallin. Cette cataracte consiste, par conséquent, en une dessiccation du noyau du crystallin et de sa capsule, accompagnée du racornissement de cette dernière. On la reconnaît, chez les enfans, à sa couleur gris-clair, blanchâtre, à son peu d'étendue, et à la distance considérable qui la sépare de l'uvée, aux mouvemens libres de l'iris (à moins qu'elle n'adhère à cette mem-

brane sur quelques points), et enfin à ce que la vue n'est jamais complètement détruite. (Pl. II, fig. 7.) On observe les mêmes phénomènes chez les adultes, mais alors la couleur est constamment d'un blanc éclatant, offrant çà et là des taches sales, tirant sur le jaunâtre; du reste, la lentille paraît aplatie, et la vue est pour l'ordinaire complètement abolie, à l'exception de la sensation de la lumière qui persiste encore.

(*e*) Une cinquième variété, fort rare, de la cataracte capsulo-lenticulaire, est celle qui est accompagnée d'un abcès (*cataracta capsulo-lenticularis cum bursâ ichorem continente*). Elle se reconnaît à une couleur d'un jaune citrin, qui cependant est foncée, à l'extrême lenteur des mouvemens de l'iris et au peu de convexité de cette membrane; à l'absence de la chambre postérieure de l'œil qui est facile à reconnaître; enfin, à ces signes se joignent encore une perception très-peu distincte de la lumière, et l'aspect évidemment cachectique de tout l'individu. L'abcès qui, dans cette cataracte se trouve presque toujours entre le crystallin et la capsule postérieure, contient quelquefois une sanie très-fétide.

(*f*) La *cataracte capsulo-lenticulaire trabéculaire*, ou avec une *bare* ou *zone*, se reconnaît facilement aux signes suivans : on remarque, derrière la pupille rétrécie et anguleuse, une cataracte capsulo-lenticulaire antérieure très-distincte, sur laquelle est fixée, dans une direction plus ou moins perpendiculaire ou horizontale, une barre droite ou une zône d'un blanc de craie et brillante, souvent assez épaisse, unie par ses deux extrémités avec le bord pupillaire de l'uvée, et rendant par conséquent l'iris immobile. La perception de la lumière n'est pas distincte ou est nulle, quelquefois même le globe de l'œil paraît atrophié.

La *consistance* de la cataracte exerce une grande influence non-seulement sur le pronostic, mais encore sur le choix de la méthode opératoire ; c'est pourquoi la divison qu'elle sert à établir est très-importante pour l'opérateur. Une ca-

taracte dure offre les caractères suivans : sa couleur est foncée (1), elle est éloignée de la pupille, la vue n'est pas abolie, mais seulement diminuée, et le malade, lors de la dilatation de l'ouverture pupillaire, distingue assez bien les gros objets; les mouvemens de l'iris sont en même temps très-vifs. Ces cataractes dures se rencontrent le plus souvent chez les vieillards, et n'affectent que le crystallin. Il faut ranger parmi les cataractes solides et tenaces un grand nombre de cataractes capsulaires, telles que les cataractes capsulo-lenticulaires *cystiques*, *coniques*, *siliqueuses*, *sèches*, *trabéculaires*, etc. Quelquefois la cataracte est molle, c'est-à-dire d'une consistance caséeuse ou gélatineuse, soit dans toute son étendue, soit seulement à sa surface; cette espèce est toujours d'un gris très-clair, d'un blanc-grisâtre, ou d'une couleur vert de mer distribuée d'une manière inégale; la vision est souvent alors totalement abolie, la chambre postérieure de l'œil est pleine, et les mouvemens de l'iris s'exécutent avec lenteur. Il y a même une cataracte réellement fluide, mais qui est difficile à reconnaître, à cause de l'obscurcissement de la capsule crystalline, qui a presque toujours lieu en même temps. Si, dans cette cataracte, l'opacité n'existe que sur quelques points de la capsule, celle-ci touche à l'uvée; si le malade penche la tête en avant, le crystallin pousse l'iris dans cette direction contre la cornée, la perception de la lumière est facile; quand le malade reste immobile pendant long-temps, la cataracte offre distinctement un dépôt plus dense dans la partie la plus déclive, et une couche supérieure plus

(1) Quelquefois le crystallin opaque est extraordinairement foncé; ainsi Janin, dans ses *Observations sur l'œil*, deuxième édition, décrit deux cataractes lenticulaires *noires*, qui, examinées contre la lumière, paraissent rouges; elles étaient anciennes, très-dures et très-volumineuses et avaient été observées chez des sujets fort âgés. Wenzel père a aussi vu des cataractes tout-à-fait noires que l'on distinguait à peine de l'amaurose; Pellier et d'autres ont fait l'extraction de cataractes rougeâtres. J'en ai extrait une qui offrait toutes sortes de reflets métalliques. En général on en a vu de toutes les couleurs.

ténue. Les cataractes, dites congéniales, ont souvent une consistance molle, fluide, même lactescente. Il y a aussi des cataractes qui tiennent le milieu entre les fluides et les solides; c'est ici qu'il faut ranger celle dite de MORGAGNI, et la cataracte accompagnée d'un abcès ichoreux.

Une autre division de la cataracte, importante pour la pratique, est celle qui consiste à la distinguer en cataracte *mûre* et *non mûre*. La cataracte est mûre lorsqu'elle ne fait plus de progrès, soit qu'elle remplisse l'ouverture de la pupille, ou qu'elle ne la remplisse pas, que la vue ait été complètement abolie ou seulement diminuée.

Une cataracte non mûre, au contraire, est celle qui est susceptible de se développer davantage (1).

En général on n'opère pas les cataractes qui ne sont pas encore mûres; l'opération serait alors le plus souvent très-dangereuse et contraire aux intérêts du médecin lui-même, car lorsque l'opacité continue à faire des progrès, la vue n'est pas encore complètement abolie, et souvent le malade aperçoit encore passablement les objets au crépuscule, c'est-à-dire quand la pupille est dilatée; il distingue même encore, à la lumière d'une bougie, les contours des objets grands ou petits, tels que cartes à jouer, etc., en ayant le soin de garantir ses yeux, au moyen d'une visière, contre l'éclat de la flamme de la bougie. Si dans ces cas on voulait toujours opérer, le résultat serait fâcheux et pour le malade et pour l'opérateur, à qui on attribuerait la perte totale de

(1) Cette division serait encore plus importante pour la pratique, si on voulait, dans un sens plus restreint, donner le nom de *cataracte mûre* à cet état du crystallin, où la cataracte est due primitivement à une *lentite*, et lorsqu'il n'y a plus de photophobie. Ainsi envisagée, la cataracte ne serait pas mûre pour l'opération, tant que subsisterait l'état inflammatoire du crystallin, lors même que celui-ci serait entièrement opaque; car qui pourrait porter l'instrument sur ce corps encore enflammé, sans craindre une inflammation consécutive des parties environnantes, inflammation qui peut devenir si funeste à l'organe de la vue?

la vue qui était déjà très-imparfaite, lors même qu'il n'aurait porté qu'un pronostic conditionnel.

Une dernière classification très-importante de cette maladie, elle celle qui consiste à la distinguer en cataracte *simple* ou *topique*, et en cataracte *compliquée*. La première espèce se rencontre rarement; la seconde se divise encore en cataracte compliquée d'une autre affection locale, en cataracte compliquée d'une affection générale, et en cataracte compliquée à la fois d'une affection locale et d'une affection générale.

On doit ranger parmi les cataractes compliquées d'une affection locale, celle qui est adhérente (*cataracta acreta*), dont le diagnostic est facile, d'après ce que nous avons déjà dit. La cataracte peut encore être compliquée localement d'un rétrécissement persistant de la pupille, sans synéchie postérieure, d'atrophie et d'hydrophthalmie, de cirsophthalmie, de taches et de cicatrices de la cornée, de ptérygions et d'ophthalmies de différente nature. Lorsque la cataracte est compliquée de *glaucome*, elle offre presque toujours une couleur verdâtre, qui est souvent d'un vert de mer; son volume est très-considérable, en sorte qu'elle fait saillie hors de la pupille vers la cornée; la couleur de l'iris est altérée comme à la suite d'une iritis; la pupille est dilatée, anguleuse; l'œil frappé de cécité est le siége de phénomènes lumineux; il est plus ou moins variqueux et dur. (Pl. II, fig. 8.) Ces sortes de cataractes se développent toujours sous l'influence d'une céphalalgie chronique. Lorsque la maladie est compliquée de *synchysis*, le diagnostic est difficile; il est incertain lorsque la résolution du corps vitré n'est pas encore parfaite, car on ne trouve alors, indépendamment d'une mollesse du globe de l'œil qui est suspecte, et d'une légère oscillation de l'iris pendant les forts mouvemens, rien qui puisse aider à établir un diagnostic certain. Mais si le *synchysis* est tout-à-fait formé, les vacillations de l'iris d'avant en arrière et d'arrière en avant sont très-visibles; la

cataracte est tremblante, l'œil paraît être atrophié; il est dans un état de mollesse remarquable, qu'on reconnaît facilement au toucher; la sclérotique est, comme chez les enfans, bleuâtre tout autour de la cornée, et la perception de la lumière est incertaine. Si la cataracte est compliquée d'*amaurose* parfaite, le diagnostic est facile, car alors l'ouverture de la pupille est extraordinairement dilatée, l'iris est roide, et le malade ne peut pas distinguer le jour d'avec la nuit. Mais souvent le diagnostic est extrêmement difficile si l'amaurose est légère; les signes commémoratifs sont alors le meilleur moyen qui puisse donner la solution de la difficulté.

Etiologie. Au nombre des principales causes de la cataracte, se trouvent la vieillesse (aussi voit-on à cet âge les cartilages s'ossifier et les vaisseaux s'oblitérer, d'où résulte un défaut de nutrition des tissus); l'action de fixer les yeux pendant très-long-temps et d'une manière continue sur un objet; une impression forte, subite et inaccoutumée de la lumière, chez des enfans nouveau-nés, par exemple; l'exposition prolongée de la tête et des yeux aux rayons ardens du soleil; le travail auprès d'un grand feu; l'action locale des acides minéraux concentrés et des éthers; l'usage immodéré des boissons alcooliques, les lésions de l'œil et du crystallin; les dyscrasies miasmatiques et cachectiques, etc. Les diathèses, comme la syphilis, l'arthritis, etc., peuvent rendre le crystallin opaque sans détruire en même temps la transparence du corps vitré ou la fonction de la rétine. Tant que ces sortes d'états pathologiques de l'œil persistent, toute tentative d'opération serait doublement dangereuse, car même les inflammations simples de la capsule et du crystallin peuvent fréquemment occasioner la cataracte. Je suis convaincu, avec Ph. de Walther, qu'un grand nombre de cataractes sont dues à une phlegmasie du crystallin et de sa capsule. Les inflammations des parties transparentes de l'œil se terminent presque toujours par un épanchement de lymphe, qui s'ac-

compagne d'une opacité plus ou moins intense. Toutes les phlegmasies ne se terminent pas, il est vrai, de cette manière; mais toute terminaison, autre qu'une prompte résolution, entraîne avec elle l'opacité de ces parties (1). Souvent la cataracte est héréditaire ou congéniale; WARDROP et ADAMS en ont rapporté des cas; SAUNDERS (l. c., p. 158) en donne aussi des exemples fort remarquables. Quant à la question de savoir comment il se fait que les enfans d'hommes affectés de cette maladie à un âge avancé, y sont à leur tour sujets au même âge, on pourrait l'expliquer de la manière suivante : L'expérience apprend que les enfans ressemblent très-souvent aux parens, non-seulement sous le rapport du physique extérieur, mais que cette ressemblance, autant qu'il est possible à l'homme de l'observer, s'étend souvent aux plus petites particularités anatomiques et même aux idiosyncrasies. Ainsi on a vu souvent que l'artère radial, par exemple, était; chez une femme, déviée de la direction normale, et on retrouvait absolument la même disposition insolite chez sa fille. On observe chez quelques femmes une grande aversion pour certains animaux, tels que les chats, et on rencontre chez leurs filles la même aversion, poussée au point qu'on les voit tomber en syncope lorsqu'elles se trouvent en présence du même animal. Ainsi très-souvent l'organisation de l'enfant ressemble jusque dans les plus petits détails à celle des parens. Pourquoi cette ressemblance ne s'étendrait-elle pas à l'organisation du crystallin et des parties qui l'environnent? Les

(1) Il semblerait aussi que les parties transparentes de l'œil, lorsqu'elles sont devenues opaques, sont toujours obligées de se comporter d'après les lois de la chimie inorganique; ainsi le crystallin et la cornée, quand ils s'obscurcissent, prennent presque constamment une couleur blanche grisâtre, ce qui indique toujours un état de concrétion de l'albumine qui entre dans leur composition; lorsqu'au contraire le corps vitré, qui, d'après mes recherches chimiques, ne contient point d'albumine (bien que NICOLAS prétende y en avoir trouvé, *Annales de chimie*, t. LIII, p. 312), devient opaque, on n'y voit presque jamais cette couleur blanche grisâtre qui caractérise si bien l'albumine concrétée.

vaisseaux nourriciers de la capsule ne peuvent-ils pas, chez l'enfant, être aussi délicats et aussi peu volumineux que chez le père, où une semblable disposition devient la cause de leur oblitération précoce, qui entraîne après elle la formation d'une cataracte?

Si nous considérons avec plus d'attention ce qui vient d'être dit sur l'étiologie de la cataracte, le mode de développement de cette maladie nous paraît en quelque sorte démontré. Je crois que l'on peut en général partager toutes les espèces de cactaracte, sous le rapport de leur origine, en deux grandes classes essentiellement opposées. La premère comprend les cataractes qui résultent d'un véritable dépérissement du crystallin occasioné par la diminution graduelle et l'affaiblissement de ses moyens de nutrition. Le nombre de vaisseaux qui se rendent du corps ciliaire, et principalement du cercle ciliaire, à la capsule, diminue de plus en plus, ils sont véritablement atrophiés les uns après les autres, et quoiqu'il n'en faille qu'un quantité peu considérable pour entretenir encore la capsule dans son état de pureté et de transparence, le crystallin lui-même, qui ne tire ses moyens de nutrition que de la capsule, n'étant plus assez nourri par son intervention, perd peu à peu de sa diaphanéité et finit par être en quelque sorte frappé de mort. Ce n'est que graduellement que survient l'opacité de la capsule crystalline. Cette espèce de cataracte se rencontre le plus souvent chez les vieillards, mais elle peut ausssi affecter de jeunes sujets ; elle peut encore être héréditaire.

La seconde classe comprend les cataractes qui sont déterminées par une inflammation ou une subinflammation de la capsule seule, ou de la capsule et du crystallin réunis. La capsule devient seule opaque, lorsque l'inflammation n'a pas été assez considérable pour supprimer la fonction qu'elle exerce envers le crystallin. L'opacité de la capsule est souvent alors tout-à-fait partielle. On ne voit fréquemment qu'une petite bande blanche, grisâtre, avec ou sans obscurcisse-

ment de la périphérie, qui peut persister après la terminaison de l'inflammation de la capsule.

Mais dans les degrés violens de l'inflammation, où l'opacité de la capsule est plus générale, le crystallin lui-même finit aussi par devenir peu à peu opaque, et souvent le rhumatisme, l'arthritis, les scrophules, la syphilis, etc., ne sont pas étrangers à cet accident. Ce n'est que par l'inflammation que nous pouvons nous rendre raison de la formation des cataractes qui surviennent sous l'influence de ces causes. Il est vraisemblable que ces dyscrasies se manifestent par des symptômes particuliers que nous ne connaissons pas encore. Je pense que cette seconde classe de cataractes est très-nombreuse. Il serait irrationnel d'en nier la fréquence, par cela seul qu'en remontant aux signes commémoratifs, les indices d'une inflammation préalable semblent manquer souvent; car combien n'est-il pas facile de concevoir qu'une subinflammation bornée à une aussi petite surface puisse passer inaperçue; et combien n'est-il pas rare de voir l'inflammation de la capsule se manifester par des symptômes très-évidens! Ne sommes-nous pas forcés, dans ces circonstances, de conclure du résultat à la cause? Le résultat, parce qu'il n'est pas très-considérable, nous empêchera-t-il de reconnaître la cause? Le sentiment d'une légère pression dans l'œil; quelques larmes, la vue fantastique de quelques mouches volantes, sont souvent tout l'appareil de symptômes qui accompagne une inflammation de la capsule crystalline; symptômes auxquels ni médecin ni malade n'ont jusqu'ici attaché une grande valeur, mais qui peuvent suffire pour déceler l'inflammation dans un organe jouissant d'aussi peu de vitalité. C'est aussi pourquoi la production du pus y est extrêmement rare, et ne peut être déterminée que par le plus haut degré d'inflammation possible.

Pronostic de la cataracte. La guérison de la cataracte par l'emploi de médicamens externes et internes, est rarement possible dans l'état actuel de nos connaissances; je crois

cependant que beaucoup de choses qui nous paraissent impossibles dans cette partie de la médecine ne le seront peut-être pas un jour à venir. Pour le moment, le seul moyen paraît être l'opération, et il arrive même qu'elle n'est pas toujours efficace, bien qu'elle soit pratiquée dans les circonstances les plus favorables.

Cependant le succès est très-probable quand la cataracte ne consiste qu'en une simple affection locale; lorsque l'état de l'œil est tel que cette opération peut être exécutée sans difficulté; quand le malade s'y soumet tranquillement, et ne fait rien après elle qui puisse être contraire à la guérison; lorsque l'opérateur a de la dextérité et une main sûre, la vue perçante et le sang-froid nécessaire; lorsque les instrumens dont il se sert ne sont pas compliqués et sont convenables; enfin, quand tout ce qui entoure le malade est de nature à permettre de lui donner les soins dont il a besoin après l'opération.

Les personnes myopes sont celles qui, à la suite d'une opération entreprise dans les circonstances que nous avons indiquées, y verront le mieux et sans avoir recours aux lunettes; celles-ci seront au contraire nécessaires aux presbytes, même pour reconnaître distinctement les objets les plus ordinaires, parce que chez eux la presbytie a été augmentée par la soustraction du crystallin.

Le succès de l'opération est, dans tous les cas, plus ou moins douteux lorsque la cataracte est compliquée, lorsque l'œil et les parties voisines ne sont pas favorablement disposés pour l'opération; dans les cas où le malade est craintif, mal nourri et d'une intelligence bornée; quand l'opérateur n'a pas les talens nécessaires, et que tout ce qui entoure le malade est peu convenable, ou lorsqu'on se sert, pour pratiquer l'opération, de mauvais instrumens; quand le développement de la cataracte s'est accompagné de céphalalgies répétées ou chroniques, bien que depuis long-temps elles n'aient pas reparu; lorsque le malade a des dispositions aux affections catarrhales, rhumatiques et érysipélateuses, ou

quand elle offre cette disposition désignée par Ad. Schmidt, sous le nom de *peau vulnérable* ; lorsque précédemment il a souvent été affecté de convulsions ou d'accès épileptiques, ou qu'il se trouve maintenant sous l'influence d'une diathèse scrophuleuse, syphilitique, arthritique, etc. (1); quand l'œil a été sujet, même dans le jeune âge, à de violentes ophthalmies souvent récidivées, ou lorsque le malade offre une disposition cachectique, et qu'il ne peut pas reconnaître les différens degrés de lumière auxquels son œil est exposé.

Le résultat de l'opération est très-douteux chez les personnes hystériques, hypochondriaques et agitées de passions violentes; il y a encore à craindre si le malade peut apercevoir les instrumens au moment de l'opération, et si la cataracte est survenue à la suite de blessures (2). Il en est de même pour les sujets qui ont atteint l'âge de la puberté, ou lorsqu'un œil a déjà été détruit par la suppuration, ou qu'il a subi une opération sans succès, bien qu'elle ait été pratiquée d'une manière convenable.

Les suites de l'opération sont plus ou moins défavorables chez les malades dont le visage est d'un rouge foncé *(gutta*

(1) Les opérations pratiquées sur les yeux de personnes affectées d'anciens ulcères aux jambes échouent également assez souvent. Benedict ne partage pas cette opinion ; j'ai moi-même operé, avec plein succès, plusieurs individus qui se trouvaient dans cette condition ; seulement, on ne doit jamais, avant l'opération, faire des tentatives pour guérir l'ulcère, on doit le laisser subsister sans y toucher.

(2) Quand une cataracte se forme à la suite de violences extérieures, ou quand elle se manifeste subitement sous l'influence de toute autre cause, on doit attendre pour procéder à l'opération, 1° parce qu'ordinairement, peu de temps après la manifestation d'une semblable cataracte, le crystallin est le siége d'une inflammation chronique qui ne pourrait qu'être aggravée par l'opération ; 2° on a souvent remarqué que l'opacité de la capsule crystalline, lorsqu'elle s'est développée aussi promptement, disparaît quelquefois d'elle-même et sans opération; 3° quand la cataracte est due à des violences extérieures, les parties devenues opaques sont souvent tellement détachées et écartées du cercle ciliaire et du corps vitré qu'elles sont peu à peu spontanément résorbées.

rosacea); lorsque cette coloration, au lieu d'être due à l'usage abusif des boissons spiritueuses, dénote au contraire une cachexie intérieure ; lorsque la personne frappée de cécité est convalescente de quelque maladie grave; quand la cataracte offre dans une étendue considérable des adhérences avec l'uvée, ou qu'il existe une affection inflammatoire des paupières, un ectropion de la paupière inférieure (1), un reste de pannus, une photophobie, etc. (2).

Il est probable que l'opération ne sera pas suivie de succès lorsque la cataracte est compliquée d'*amaurose*, de *glaucôme*, de *synchysis*, d'*atrophie* et d'*hydropisie*, d'un *état variqueux* du globe oculaire, ou d'une ophthalmie encore existante.

Il n'est nullement indifférent d'opérer dans une saison plutôt que dans une autre; il ne faut cependant pas imiter quelques praticiens, ordinairement beaucoup trop méticuleux sous ce rapport. Quoiqu'on puisse opérer en toute saison, il est néanmoins préférable de le faire dans la seconde moitié du printemps, et dans la première partie de l'été. C'est à cette époque qu'on voit en général le moins d'affections catarrhales, rhumatiques, arthritiques et inflammatoires; et ce sont précisément ces affections régnantes qui sont si souvent funestes à l'œil opéré, et qui finissent par détruire la vue pour toujours au moment où elle était à peine rétablie. On doit être encore bien plus sur ses gardes lorsque le malade, soumis à l'opération, offre une disposition particulière à ces affections.

(1) En règle générale, on ne doit opérer qu'après avoir combattu ces dispositions vicieuses, guéri l'entropion, etc.

(2) L'existence d'une ophthalmie contr'indique l'opération; cependant il y a des affections inflammatoires dans lesquelles les paupières et la conjonctive sont très-rouges, les bords palpébraux sont collés entre eux, et la maladie, devenue habituelle, résiste alors à tous les moyens. Dans ces cas, plusieurs médecins, tels que William Hey, ont souvent pratiqué, avec le plus grand succès, des opérations de la cataracte par un procédé qui n'occasionne que peu d'irritation de l'œil, celui de la dépression.

Lorsqu'une cataracte s'est formée dans un œil, sans cause extérieure, en général, le crystallin de l'œil opposé devient opaque plus ou moins long-temps après; je connais cependant des personnes qui, depuis dix ans et plus, ont un seul œil cataracté. On a observé qu'en opérant de bonne heure la cataracte sur un œil, on empêchait le crystallin de l'autre œil de devenir opaque, ou au moins on arrêtait le développement de cette altération, et quelquefois même on la faisait disparaître quand elle avait déjà commencé. John Stevenson (1) en a fait l'observation, et déjà avant lui Scarpa avait fait la même remarque. J'ai également observé ce fait, mais je ferai remarquer qu'il ne doit pas être admis d'une manière trop absolue et sans restriction.

Il y a des cataractes capsulaires partielles qui persistent dans cet état pendant toute la vie, en sorte que l'opacité de la capsule n'augmente ni ne se propage au crystallin. Ces opacités limitées sont produites en général par des inflammations de la capsule. La cataracte qu'on désigne par l'épithète de *centrale*, conserve également toujours ses limites primitives.

Du reste, je dois ajouter, pour ce qui a rapport au pronostic, que les sujets opérés de la cataracte ne recouvrent jamais la vue dans l'état de perfection qu'elle offrait avant la maladie. Cela est important à savoir, car on s'expose au mécontentement des malades, lors même que l'opération aurait le mieux réussi, si on ne les prévient pas d'avance de ce résultat.

Traitement de la cataracte. Jusqu'à ce jour on a reconnu l'impossibilité de guérir, par le secours des médicamens, une cataracte complètement formée. On a cependant prétendu avoir guéri des cataractes parfaites par le seul secours de médications internes; mais Richter pense que ce n'étaient alors, le plus souvent, que des cataractes capsulaires. Je soutiens donc, avec Wenzel, etc., qu'il n'y a pas un seul exem-

(1) *Edinburgh medical and surgical journal*, n° L., 27 oct. 1823.

ple certain de guérison parfaite de cataracte ancienne et complète, obtenue par le moyen des médicamens.

On a prétendu avoir guéri des cataractes commençantes par les *mercuriaux*, les *antimoniaux*, la *ciguë*, l'*aconit*, l'*arnica*, les *mille-pieds*, le *tartre stibié* administré comme émétique, et à doses fractionnées, la *digitale*, la *belladone* et la *pulsatille*. Dans des temps plus rapprochés de nous, Græfe et Benedict ont obtenu des avantages de l'emploi de la *pulsatille*, sous forme d'extrait ou de poudre. On a aussi fait usage du galvanisme, de l'électricité, et même du magnétisme. Ces deux premiers agens ont été employés avec quelque succès pour combattre l'opacité de la capsule; Himly, Loder, etc., en ont rapporté des exemples. J'ai trouvé qu'il n'y avait que les cataractes de la seconde classe qui fussent quelquefois susceptibles de guérir sans opération, dans les circonstances suivantes : lorsque l'inflammation, cause de l'opacité, est encore à son début; lorsque n'étant pas très-intense, elle se borne à certaines parties de la capsule, et que le trouble qui en résulte n'est qu'une sorte de vapeur dont l'aspect n'est pas d'un blanc parfait. Je ne puis, d'après mon expérience, décider si une opacité survenue dans la capsule du crystallin, à la suite des symptômes indiqués comme appartenant à la capsulite, est encore susceptible d'être guérie long-temps après la cessation de cette phlegmasie; mais je crois que c'est là le cas d'essayer les moyens qui ont été recommandés ; seulement on ne devra pas continuer pendant trop long-temps l'usage des drastiques, pour éviter d'occasioner une maladie plus grave que celle qu'on se propose de guérir. Cette recommandation est surtout applicable à l'emploi du calomel : on peut l'administrer, pendant quatre ou cinq jours, à la dose d'un à deux grains matin et soir ; mais on n'en doit jamais faire un long usage, car, lors même qu'on ne ruinerait pas la santé du malade, il pourrait souvent arriver qu'on occasionât un *synchysis* commençant.

Le médecin-oculiste observateur, et qui a une pratique

étendue, peut aisément se convaincre que ces opacités légères et partielles, qui sont dues à un état inflammatoire de la capsule, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait cru jusqu'ici : une conjecture naturelle se présente à l'esprit, c'est qu'il est possible qu'un grand nombre de ces phlogoses légères ne soient que l'expression de dyscrasies sous l'influence desquelles se trouve l'économie, et dont les effets se manifestent accidentellement sur la capsule du crystallin, le plus souvent à la suite d'une suppression de la perspiration cutanée.

J'ai déjà dit en parlant de la *lentite* comment il convient d'agir en ce cas; je ferai seulement remarquer qu'on s'est quelquefois bien trouvé de l'application sur le bulbe oculaire d'une dissolution de tartrate antimonié de potasse dans l'eau de laurier-cerise, ou du sublimé corrosif en dissolution dans le même véhicule, et même de la pommade de précipité rouge. Benedict a vu le trouble de la vision se dissiper sous l'influence d'un collyre composé d'extrait de jusquiame et de quelques gouttes de laudanum liquide de Sydenham.

Au reste, il faut s'abstenir de toute tentative de traitement quand la cataracte est due à l'âge très-avancé du malade.

Quoi qu'il en soit, l'opération est toujours l'unique et le plus sûr moyen de guérir de cette maladie ; mais on doit se garder d'inquiéter le malade en lui annonçant long-temps à l'avance l'époque où elle doit être pratiquée. Quand il y a disposition aux congestions vers la tête, il convient de pratiquer une saignée ; s'il y a constipation, on s'applique d'abord à la faire cesser. Quelques jours avant l'opération le malade doit suivre un régime modéré, et éviter soigneusement de s'exposer à l'influence des causes qui pourraient faire naître quelque affection catarrhale. Il est en outre beaucoup de choses que l'opérateur prudent doit encore prendre en considération, et dont la négligence peut quelquefois faire échouer l'opération. Mais rien n'est plus à redouter, quand on se propose de pratiquer une opération sur le globe de l'œil, que les dyscrasies auxquelles l'économie est sujette; on dirait qu'elles

n'attendent que l'occasion d'une irritation pour manifester leur existence par une irruption souvent très-fâcheuse.

Quoiqu'il soit rarement possible de détruire ces dyscrasies d'une manière complète et durable avant l'opération, il est très-prudent d'établir un point de dérivation sur un endroit éloigné de la tête. Le meilleur moyen pour parvenir à ce but, consiste à ouvrir un petit exutoire à la nuque ou aux deux bras, et à l'entretenir avec la pommade suivante :

℞ Deutochlorure de mercure. . . . gr. x.
Pommade de cantharides. . . . } aa ʒij à ʒiij.
Onguent basilicon. . . . . }

Il est bon aussi de mettre le malade, pendant quelque temps avant l'opération, à l'usage de légers résolutifs et laxatifs ; et, jamais on ne devrait essayer d'opérer des malades dans des habitations humides. Quand on néglige les précautions que nous venons d'indiquer, il n'est pas étonnant alors de voir survenir, après les opérations qui ont été le plus heureusement pratiquées, des inflammations qui résistent au traitement antiphlogistique simple, et qui manifestent ainsi leur nature dyscrasique. Quant aux préparations qu'on faisait autrefois subir aux malades sans égard pour la différence des constitutions, elles sont inutiles (1).

Il y a divers procédés pour pratiquer l'opération de la cataracte, qui consistent, soit à abaisser seulement le crystallin ou à l'abaisser et le retourner en même temps (*depres-*

(1) Il vaut mieux employer après l'opération les moyens que l'on prodiguait autrefois auparavant, et s'opposer au progrès de l'inflammation qui devient alors si dangereuse; mais le traitement consécutif doit être réglé sur le procédé opératoire qui a été suivi, et sur l'idiosyncrasie du malade. Will Rowley rapporte (l. c., p. 321) l'exemple d'une faute qui cependant fut suivie de succès. Par négligence on laissa presque mourir de faim un malade qui venait d'être opéré; les yeux n'en éprouvèrent pas le moindre accident : au contraire, Rowley assure n'avoir jamais vu d'opération réussir aussi complètement que celle-là.

sio, reclinatio), soit à l'extraire de l'œil (*extractio*), soit enfin à le broyer à l'aide d'une aiguille introduite à travers la cornée (*kératonyxis*). Il est des cas où chacune de ces trois méthodes est plus spécialement indiquée.

Voici les préceptes généraux qu'on doit observer dans toute opération de la cataracte : le malade doit être assis sur un tabouret ou siége sans dossier, près d'une croisée et dans une position oblique par rapport à la direction de la lumière, afin qu'elle tombe de côté sur les deux yeux, et qu'elle ne soit pas réfléchie par la cornée au point de gêner pendant l'opération. Un aide fixe la tête du malade contre sa poitrine, de telle sorte qu'il puisse la rapprocher suffisamment de l'opérateur; à cet effet, il doit se tenir derrière le sujet; si on opère l'œil gauche, il place sa main droite sous le menton, et se rapproche ainsi plus ou moins du chirurgien qui se tient devant le malade et assis sur un siége plus élevé. L'aide met alors la paume de sa main gauche à plat sur le côté gauche du front du malade, de manière à ce que l'extrémité des doigts indicateur et médius soit un peu au-dessous du bord de la paupière supérieure; il soulève ensuite autant que possible le bord de cette paupière avec l'indicateur, et applique aussitôt le médius, pour la fixer plus solidement; l'extrémité des doigts doit être assez éloignée du globe l'œil pour ne pas le toucher et éviter à plus forte raison de le comprimer; cependant ils doivent être tellement disposés, que le champ de l'œil, qui en est la partie la plus saillante, vienne frotter légèrement contre eux, dans le cas où il fuirait devant l'instrument, et soit par conséquent aussitôt forcé de reprendre sa position. L'opérateur pour être à portée de bien voir l'intérieur de l'œil de haut en bas, et n'être pas obligé de tenir ses bras élevés, doit être placé devant le malade de manière à ce que sa poitrine soit au niveau de la tête du patient (1). Il

(1) En général l'opérateur doit choisir la position qui lui est la plus commode. Lorsque je dois opérer des malades d'une haute stature, je

abaisse la paupière inférieure avec l'index de la main gauche, s'il opère l'œil de ce côté, en ayant soin que le bout de son doigt dépasse comme celui de l'aide le niveau du bord palpébral; il applique de la même manière le doigt médius sur la caroncule lacrymale, et il saisit de la main droite l'instrument qu'il tient comme une plume à écrire, entre le pouce, l'index et le médius. Cette manière de fixer le globe de l'œil pendant l'opération, sans le secours d'aucun instrument, est préférable à toutes les autres. Du reste, en règle générale, la cataracte de l'œil gauche doit être opérée avec la main droite, et celle de l'œil droit avec la main gauche. Beer et d'autres médecins-oculistes opèrent les deux yeux à la fois quand la cataracte est parfaitement mûre. Si, dans ce cas, on donne la préférence à la méthode par extraction, il convient d'inciser d'abord la cornée sur les deux yeux, d'ouvrir ensuite successivement les deux capsules, et de terminer enfin par l'extraction de la cataracte de l'un et de l'autre œil. Si l'on opère sur un œil pendant que l'autre distingue encore un peu les objets, il est bon d'appliquer une bande sur celui-ci. Cette précaution est encore utile lors même que les deux yeux sont frappés de cécité complète, parce qu'on empêche par là les mouvemens d'imitation de l'autre œil, ce qui est un bon moyen auxiliaire pour augmenter l'immobilité de celui qui doit ère opéré (*); les opérateurs les plus habiles ne doivent pas regarder cette précaution comme étant au dessous d'eux.

De tout temps les opinions ont été partagées sur la valeur respective des différens procédés opératoires, en sorte qu'il règne encore aujourd'hui la plus grande incertitude à ce sujet. L'esprit exclusif, les préjugés et l'entêtement de certains médecins, ont fait donner sans restriction la préférence à telle

préfère me tenir debout : dans le cas contraire, je trouve plus commode d'être assis. Il est bien entendu que la taille de l'opérateur nécessite en cela des modifications.

(*) Cette pratique est à peu près généralement suivie par les chirurgiens français. *(N. du Tr.)*

ou telle méthode sur toutes les autres; et ce sont les mêmes hommes qui toujours ont fait revivre des discussions qui, sans eux, auraient peut-être été terminées depuis long-temps... Il en est beaucoup parmi eux qui ont changé d'opinion plusieurs fois pendant leur vie, selon qu'ils comptaient plus de succès par tel ou tel procédé; mais ils ne considéraient pas qu'il arrivait souvent qu'une série de cas plus propres à une méthode qu'à une autre, se présentait fortuitement dans leur pratique.

Je vais exposer en peu de mots, d'après mon expérience, et en faisant abstraction de toute idée préconçue, quels sont les avantages et les inconvéniens des principales méthodes d'opérer la cataracte. J'espère pouvoir porter un jugement d'autant plus impartial, que j'ai eu souvent occasion de pratiquer cette opération d'après tous les procédés, et que je ne donne la préférence à aucun, sans restriction. Je pense au contraire, pour chacune de ces méthodes, que les modifications dont est susceptible la maladie ne permettent pas de donner à l'une d'elles la préférence sur toutes les autres, et que, dans certains cas, l'une ne peut pas être parfaitement remplacée par l'autre.

Je ferai d'abord remarquer que dans les cas où l'extraction me paraissait être indiquée, elle m'a toujours présenté les résultats les plus satisfaisans, c'est-à-dire le rétablissement le plus complet possible de la vue, qui, en général, est moins parfait après l'opération qui consiste à broyer la cataracte avec une aiguille introduite à travers la cornée, lors même que les débris en sont parfaitement absorbés. Le résultat le moins satisfaisant est celui qu'on obtient chez les malades sur qui on a pratiqué l'opération en déprimant et en retournant la cataracte à travers la sclérotique. Voilà ce que l'expérience m'a appris sur ces trois méthodes. Il est tout naturel sans doute que ces données soient sujettes à beaucoup d'exceptions.

Les avantages que présente l'opération faite avec l'aiguille

à travers la chambre antérieure de l'œil sont assez grands ; car ce procédé est le plus facile de tous, et peut être exécuté sans difficulté chez des enfans et chez des adultes indociles ou peu tranquilles. Du reste, si on procède avec précaution, la lésion n'est pas considérable ; elle est au contraire insignifiante lorsque la cataracte est molle, pultacée, demi-fluide ou entièrement liquide ; c'est pour cela qu'il est extrêmement rare d'observer, après la kératonyxis, une ophthalmie générale, ou même une suppuration complète du globe de l'œil. Le malade n'a pas besoin de suivre un régime aussi sévère qu'après l'opération par extraction ; il peut même, s'il est permis de s'exprimer ainsi, être un peu indocile. Enfin, l'opération peut être répétée plusieurs fois si la première tentative n'a pas été couronnée de succès, ou si on n'a obtenu qu'un succès incomplet. Les inconvéniens qu'offre le broiement de la cataracte à travers la cornée sont à peu près ceux-ci : La rétine éprouve un ébranlement plus ou moins considérable, si l'opération est exécutée avec une certaine force, et le malade croit apercevoir des lueurs bleues, semblables à celles que répand le soufre en brûlant ; cette sensation persiste durant l'opération, et se prolonge aussi parfois quelque temps après. La portion antérieure du corps vitré est constamment intéressée et détruite ; nous ne savons pas encore d'une manière positive s'il en résulte des inconvéniens, mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans les cas où j'ai opéré la cataracte par le procédé de la kératonyxis, la vue s'est rarement aussi bien rétablie qu'à la suite de l'extraction pratiquée avec succès. L'iris éprouve quelquefois un si fort ébranlement, surtout lorsque les cataractes sont solides, qu'il reste dans certains cas comme frappé d'une paralysie partielle, et que la vue, quoique rétablie, en éprouve quelque gêne, bien que cette membrane n'ait pas été immédiatement touchée par l'aiguille dans le cours de l'opération. La cataracte et sa capsule ne sont détruites, pour l'ordinaire, qu'avec une lenteur extrême ; elles

peuvent même rester quelquefois pendant des années entières, dans la chambre postérieure de l'œil, si on ne répète pas l'opération du broiement. Il survient, en outre, fort souvent une inflammation subaiguë qui ne se borne pas à l'iris et à l'uvée, mais qui envahit encore les parties voisines, surtout la capsule, si elle n'a pas été isolée de toutes ses connexions organiques. Bien que cette inflammation se termine promptement, il reste souvent néanmoins des adhérences entre les débris de la capsule et le bord pupillaire, qui entravent plus ou moins la vision. Les tentatives qu'on pourrait faire pour remédier à cet état en y portant l'instrument, sont presque toujours difficiles, offensives pour l'iris, et sont rarement couronnées de succès, surtout lorsque le crystallin a déjà été complètement absorbé.

Les avantages qu'offre l'opération qui consiste à abaisser la cataracte, et à lui faire éprouver un mouvement de renversement au moyen d'une aiguille introduite à travers la sclérotique, consistent en ce que cette opération peut être tentée contre toutes les espèces de cataractes; ou au moins on a des exemples de sa réussite dans toutes. Les inflammations qui peuvent en être la suite, ne sont pas ordinairement aussi violentes qu'elles peuvent l'être à la suite de l'opération par extraction. Si elle ne réussit pas une première fois, on peut la répéter une seconde ou une troisième fois, et elle est plus facile à exécuter que l'extraction.

Mais dans tous les cas la rétine éprouve un ébranlement direct ou indirect, ébranlement qui est la cause des lueurs bleuâtres que les malades croient apercevoir pendant l'opération, et même quelque temps après. Si la rétine éprouve une plus forte compression, il en résulte une amaurose. Pendant l'opération qui consiste à retourner la cataracte, la partie antérieure du corps vitré est déchirée. La perforation de la sclérotique et des parties sous-jacentes, est plus facilement suivie d'une inflammation qui entraîne la perte de la vue, que la perforation ou l'incision de la cornée. Dans le

cours de cette opération le chirurgien peut, sans qu'il y ait de sa faute, intéresser les nerfs ciliaires, et occasioner par là de violentes douleurs dans l'œil et la tête, des nausées, des vomissemens, des palpitations, et même des convulsions, dont le résultat sera probablement de rendre l'opération moins satisfaisante, et même d'empêcher le rétablissement de la vue. Il est difficile que l'œil puisse suivre tous les mouvemens de l'instrument dans tous les temps de l'opération. La cataracte, après avoir été abaissée ou retournée, peut remonter complètement ou en partie, et par conséquent empêcher ou gêner l'accès de la lumière jusqu'à la rétine; pendant l'opération elle-même, il est extrêmement facile de blesser directement cette membrane. Si, après tous ces accidens qui sont possibles, la vue n'est pas entièrement détruite, elle peut cependant toujours rester bien faible, et il survient souvent alors une phlegmasie subaiguë des parties intérieures déjà affectées, phlegmasie qui est d'autant plus difficile à guérir qu'elle marche plus lentement, et qu'elle laisse quelquefois après elle des désordres incurables dans l'intérieur du globe de l'œil.

Voici maintenant quels sont les avantages attachés à l'opération de la cataracte par extraction : La cataracte est éloignée non-seulement de l'axe visuel, mais encore elle est complètement extraite de l'œil; c'est donc une opération vraiment radicale. L'inflammation subaiguë de l'iris et des autres parties intérieures, qui s'oppose si souvent au succès des opérations pratiquées d'après d'autres méthodes, est rare dans celle par extraction; et les phlegmasies plus aiguës qui pourraient occasioner une adhérence complète de la pupille, et qui surviennent en général cinq ou six jours après l'opération, cèdent à un traitement antiphlogistique énergique, si elles ne sont pas entretenues par le prolapsus de l'iris, etc. Si l'opérateur est habile, s'il procède avec précaution, et que le malade soit tranquille pendant l'opération, le corps vitré n'éprouve aucune lésion, et conserve son intégrité. La rétine et les autres parties internes qui entrent

dans la composition de l'œil, ne peuvent non plus éprouver aucune lésion; c'est probablement à cela qu'est due l'absence de l'inflammation subaiguë de ces parties, à la suite de l'opération par extraction. En général, les organes les plus importans et les plus nécessaires à la vision, restent plus intacts que par tous les autres procédés. L'humeur aqueuse est complètement évacuée, et ne s'accumule pas dans le globe de l'œil avant que l'ouverture faite à la cornée ne soit cicatrisée, ce qui empêche certainement le développement de l'inflammation. Dans les opérations faites avec l'aiguille, il arrive souvent que, même au bout de quelques heures, l'humeur aqueuse remplit de nouveau le globe de l'œil; en sorte qu'après l'oblitération de la piqûre, l'irritation produite par l'opération venant à augmenter la sécrétion de ce fluide, il en résulte un *trop-plein*, dont l'effet est d'entretenir l'inflammation par la pression qu'il exerce. Le succès de l'opération par extraction dépend, plus que dans toutes les autres, de l'habileté du chirurgien. Les objections principales qui ont été faites à cette méthode sont : la lésion plus considérable de l'œil, lésion qui en effet offre une plus grande étendue que dans les autres procédés opératoires; le contact de la lumière avec la rétine, qui a lieu sur une plus grande surface, et peut être nuisible surtout si la cataracte qui a été extraite était volumineuse, si c'était une cataracte capsulo-lenticulaire, et si le malade était depuis long-temps privé de la vue; enfin la pénétration de l'air dans l'intérieur du globe de l'œil, si le lambeau de la cornée est soulevé sans précaution. La pupille, lors de l'extraction, est plus ou moins distendue, et son bord inférieur est comprimé; mais cette circonstance ne paraît avoir de suites fâcheuses que lorsque l'ouverture faite à la cornée est trop petite, parce que la partie inférieure du bord pupillaire est pressée entre les bords de la plaie de la cornée, et comprimée par la cataracte au moment de sa sortie. Le corps vitré peut s'échapper hors de l'œil si le malade n'est pas tranquille, ou si l'on opère

sans précaution. Il faut après l'opération des soins plus minutieux, un régime plus sévère, et un repos plus absolu de la part du malade, qu'après l'emploi des autres méthodes. Si l'extraction a été mal faite ou dans un cas inopportun, si l'opéré a été négligé, ou s'il a été indocile, il peut survenir, dans les circonstances les plus malheureuses, de violentes phlegmasies qui envahissent plus ou moins complètement le globe de l'œil, et se terminent quelquefois par une fonte purulente de cet organe. L'extraction lorsqu'elle a été faite ne peut pas être répétée, et elle est du reste le procédé opératoire le plus difficile. Le succès d'une extraction pratiquée avec habileté dépend des soins que l'on prend après l'opération, beaucoup plus qu'à la suite des autres méthodes.

Telles sont à peu près les données principales d'après lesquelles on peut juger la valeur respective des différentes manières d'opérer la cataracte. Si on les compare entre elles, on doit avouer qu'on est heureux de rencontrer des cataractes qui permettent de faire l'extraction. Si cette dernière opération est faite habilement, et que le patient soit docile et soigné d'une manière convenable, elle se réduit à une lésion légère, et l'état inflammatoire qui s'ensuit nécessairement passe inaperçu. C'est par conséquent la méthode qui doit être préférée en général, quoiqu'elle ne soit pas toujours la meilleure, ou la plus convenable dans certains cas particuliers. Car, comme dans toutes les branches de la médecine pratique, l'examen attentif de chaque cas spécial doit aussi toujours précéder le choix de la méthode opératoire, si on veut avoir l'espérance de guérir les cataractes avec le plus de succès possible. Partout où l'extraction est indiquée, elle peut être préférée à tous les autres procédés. Si ce précepte n'est pas toujours suivi par les médecins, cela dépend souvent, même chez ceux qui sont le plus éclairés, d'un esprit exclusif, et d'une habitude prise, que l'on pourrait qualifier de routine; souvent cela tient aussi à la timidité, au manque de confiance en ses propres forces, au peu de sûreté

de la main, à la crainte que l'on a de la perte totale du globe de l'œil, etc. C'est par ces raisons, et par d'autres semblables, que le jeune médecin choisit de préférence la méthode la plus facile. Je puis encore ajouter en faveur de l'opération par extraction, qu'autant de fois que je l'ai pratiquée moi-même, et cela m'est très-souvent arrivé (je l'ai faite neuf fois dans l'espace des trois mois qui viennent de s'écouler), il n'est jamais survenu d'inflammation qui ait été suivie de la perte de la vue. Les accidens les plus fâcheux que j'aie remarqués après l'extraction ont été, dans trois cas, l'application de l'iris contre le bord interne de la plaie de la cornée, et une adhérence partielle du bord de la pupille avec ce dernier, ce qui occasiona une difformité de l'ouverture pupillaire, et n'empêcha cependant pas les personnes de lire et d'écrire facilement à l'aide de lunettes. Chez quatre malades, il se fit un léger prolapsus du corps vitré, l'opération fut également suivie de cette adhérence de la pupille avec le bord interne de la cornée, mais elle ne semble pas avoir exercé d'influence remarquable sur la vue qui est complètement rétablie. Ces accidens doivent être attribués, soit à l'opérateur, soit au peu de tranquillité et à l'indocilité des malades; dans presque tous les cas, ceux-ci n'éprouvaient pas la moindre douleur; chez tous la vue se rétablit; il n'y a pas un seul opéré qui ne puisse lire et écrire au moyen de lunettes. Malheureusement je ne puis pas me vanter d'un pareil résultat dans les opérations que j'ai faites en me servant de l'aiguille. Une chose essentielle à observer pour que l'extraction soit suivie de succès, c'est d'eviter, immédiatement après l'opération, toute tentative superflue, telle que celle qui consisterait à faire sortir les particules de la cataracte qui peuvent s'être détachées de la surface gélatineuse du crystallin lors de l'extraction; on peut être assuré que ces flocons mous, pultacés, seront absorbés en peu de temps, même chez des sujets avancés en âge. Il est donc inutile de risquer la vue du malade en se servant de la cuiller tant vantée de Daviel. Il est sans

doute agréable de voir une main aussi habile que celle d'un chrurgien tel que Beer, se servir de cet instrument; mais malgré l'adresse reconnue de ce célèbre opérateur, ce procédé était assez souvent suivi des inflammations les plus violentes.

Voilà ce que j'avais à dire de l'opération de la cataracte en général.

Mais avant de m'occuper des diverses méthodes particulières, qu'il me soit permis de faire pour les commençans un court exposé historique de ces procédés.

Kepler démontra, en 1604, que le crystallin n'est qu'un organe médiat de la vue, qu'il ne conserve pas en lui les rayons lumineux, mais les fait parvenir à la rétine, véritable siége de la faculté visuelle. François Quarre et Rémi répandirent les idées de Kepler; Rémi soutint sa thèse sur la question de savoir si on peut guérir de la cataracte en perçant le crystallin à l'aide d'une aiguille introduite dans l'œil. Quelques années après, Pierre Borel, Théophile Bonnet, Blegny, Lucas Tozzi, Geoffroi, Samuel Polisius et Bernard Albinus, communiquèrent leurs observations tendant à établir que la cataracte consiste presque toujours en une altération de couleur et dans l'opacité du crystallin. En 1664 la même opinion fut soutenue par Rolfink, dans sa dissertation : *De cataractâ*, et également en 1699 par Schelhammer dans sa dissertation : *De suffusione*. Elle fut confirmée en 1707, 1708 et 1709 par Maitre-Jan, Méry et Heister. Peu de temps après, De la Peyronie et Morand firent voir à l'académie de chirurgie de Paris des cataractes qui consistaient en un obscurcissement de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de la capsule du crystallin.

La première méthode opératoire que l'on suivit fut l'*abaissement*, qui était déjà connu de Galien. On se servit à cet effet d'aiguilles de différentes formes. Les unes étaient cylindriques, d'autres étaient terminées en fer de lance à deux tranchans. Ces dernières furent préférées. On introduisait l'aiguille à une ligne et demie du bord de la cornée, et on

la glissait horizontalement jusqu'au milieu du crystallin ; arrivé là, on baissait le manche de l'instrument pour en élever la pointe, en même temps on la tournait de manière à ce que l'aiguille se trouvât placée sur ce corps, ayant l'une de ses faces tournée en haut et l'autre en bas; ensuite on le déprimait lentement vers la partie inférieure du globe de l'œil. En 1707, FERREIN proposa d'ouvrir la capsule vers son bord inférieur avec un des côtés tranchans de l'aiguille, et ensuite d'abaisser le crystallin. Soit que l'on suivît une méthode ou l'autre on n'obtint pas le résultat désiré. Les accidens que l'on observa après l'abaissement étaient de violentes douleurs, des vomissemens, des inflammations, des suppurations, des obscurcissemens de la capsule et la fièvre.

En 1716, HOVIUS se déclara le premier contre l'*abaissement*; RAU le regarda comme une des opérations chirurgicales les plus incertaines et ne voulut jamais plus l'entreprendre. HEILSTER fit la même déclaration. De tous les malades qui avaient été opérés dans le courant des années 1750, 1751 et 1752, il y en eut à peine un sur cent qui eût recouvré la vue. Presque tous les médecins renoncèrent à cette opération, et elle n'était plus pratiquée que par des oculistes ambulans.

L'idée de l'*extraction de la cataracte* paraît avoir été inspirée par l'effet du hasard : une portion du crystallin s'était introduite dans la chambre antérieure de l'œil, elle en fut extraite avec succès. PETIT, DAVIEL, SAINT-YVES (1) ne paraissent pas avoir été les premiers qui aient pratiqué cette opération; non-seulement ils n'avaient pas la priorité de l'invention; mais d'autres l'avaient exécutée avant eux. ALBUCASIS avait déjà proposé d'enfoncer dans l'œil une aiguille creuse, et de s'en servir pour extraire la membrane flottante qu'il regardait comme constituant la cataracte. Du temps d'Avi-

(1) Déjà il avait fait l'extraction de la cataracte en 1707 (Voyez *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1707.

CENNES, quelques chirurgiens ouvraient le globe de l'œil à sa partie inférieure pour en faire sortir la cataracte. PETIT avait fait une ouverture à la cornée, en enfonçant une lancette sur la cannelure d'une aiguille dans la chambre antérieure de l'œil, au-dessous de la pupille ; il se servit d'une petite cuiller pour retirer la cataracte qui se trouva être une cataracte du crystallin (ce dont on fut fort surpris, car on s'attendait à ne voir extraire qu'une membrane). DAVIEL, vers l'an 1745, imagina des instrumens particuliers pour pratiquer l'extration. Il ouvrait la cornée dans sa partie moyenne et inférieure à l'aide d'une aiguille large, en fer de lance; il se servait, pour agrandir l'ouverture, d'une aiguille à deux tranchans, plus longue, mais plus étroite et mousse à son extrémité ; il faisait ensuite l'extraction de la cataracte au moyen d'une cuiller. Ces deux derniers instrumens ayant été trouvés utiles ont été mis en usage jusqu'à nos jours. DAVIEL rapporte que sur deux cent six personnes qu'il a opérées, il a réussi à rendre la vue à cent quatre-vingt-deux. COQUÉ, de Reims, raconte que sur trente-quatre malades opérés par DAVIEL dans cette ville, dix-sept recouvrèrent complètement la vue; il ajoute que chez huit d'entre eux l'opération réussit passablement bien, et que neuf restèrent aveugles. G. DE LA FAYE se servait d'un couteau pour faire la section de la cornée qu'il commençait vers l'angle externe de l'œil; la lame de cet instrument avait de vingt à vingt-une lignes de longueur, son extrémité se terminant par une pointe à deux tranchans, longue de deux lignes, était garnie, en outre, d'un crochet mousse, et il détachait la cataracte avec son *kystitôme*. Déjà, en 1752, PALUCCI avait proposé, dans son traité sur l'abaissement, un bistouri, dont la lame commençant à être tranchante à quelque distance de sa pointe, s'élargissait insensiblement en s'approchant du manche. A la même époque, SHARP inventa un couteau convexe sur le dos, concave sur le tranchant. En 1753, il rendit publics les résultats peu favorables qu'il avait obtenus de son procédé. BÉRENGER adopta alors

un bistouri qui était de beaucoup préférable aux précédens, en ce qu'il était disposé de manière à ce qu'on pût inciser la cornée en le poussant, sans qu'il fût nécessaire de le tirer en bas; il se servait d'une airigne pour retenir la paupière en haut; il soulevait ensuite le lambeau de la cornée avec une petite pince, et ouvrait la capsule crystalline avec la petite aiguille de DAVIEL, qui offre la forme d'une lancette. L'usage de ces derniers instrumens ne fut pas adopté par d'autres. PAMAART, dans l'intention de fixer le globe de l'œil, inventa une sorte de pique, dont la forme fut un peu modifiée après lui par CASAAMATA, qui lui donna la figure d'un S; RUMPELT fixa ensuite cet instrument sur un dé à coudre. WENZEL, rejetant le *speculum oculi*, les airignes et les dards, faisait retenir en haut la paupière supérieure par un aide, tandis qu'il abaissait lui-même l'inférieure (1). Son couteau est fait d'après les mêmes principes que celui de BÉRENGER; seulement la pointe en est plus longue, et n'est pas convexe en devant. BARTH opérait sans aide, ce qui est souvent facile lorsque les yeux sont saillans. WENZEL perfectionna et simplifia le procédé de l'extraction; GUÉRIN, de Bordeaux, le compliqua, au contraire, par l'invention de son instrument pour faire la section de la cornée (*),

(1) Les instrumens propres à fixer le globe de l'œil n'ont pour nous qu'un intérêt historique; ils appartiennent à l'histoire de la chirurgie.

(*) L'instrument dont il s'agit ici, sert en même temps à fixer le globe de l'œil et à faire la section de la cornée. Sa construction a assez de rapport avec celle de la flamme dont se servent les chirurgiens allemands pour pratiquer la phlébotomie. Il se compose d'un anneau, concave du côté qui est destiné à être appliqué sur l'œil; cet anneau est fixé à angle droit par un point de sa circonférence, sur un manche qui contient dans son intérieur les ressorts destinés à faire mouvoir une tige métallique, à l'extrémité de laquelle se trouve une lame en forme de flamme. Celle-ci doit, lorsqu'on appuie sur une bascule, qui est adaptée au manche, partir avec la rapidité de l'éclair, percer la cornée qui fait saillie à travers l'ouverture de l'anneau, et en achever aussitôt la section à peu près dans les deux tiers inférieurs de sa circonférence.

(*N. d. Tr.*)

instrument qui fut perfectionné par Eckhold. Dans ces derniers temps, M. le professeur Dzondi a inventé un semblable mécanisme avec lequel il ne se propose pas de pratiquer l'extraction, mais d'essayer de former une nouvelle cornée; idée véritablement très-hardie! En 1763, Siegerist décrivit son couteau-aiguille pour la cataracte, avec lequel il ouvrait la capsule crystalline en même temps qu'il faisait l'incision de la cornée; mais il n'est pas facile d'éviter de blesser l'iris et l'angle interne de l'œil, quand on se sert de cet instrument. Après eux, Barth et Richter inventèrent chacun de leur côté un couteau; Beer vint ensuite qui modifia celui de Barth, en donnant à sa pointe une forme qui se rapproche plus de celle de la lancette, et en le rendant plus court. Les couteaux qui ne ressemblent pas exactement à celui de Beer, et dont on se sert maintenant dans diverses parties de l'Allemagne, n'en diffèrent cependant que très-peu.

L'opération de la cataracte par abaissement, qui avait été exclusivement employée, fut presque généralement remplacée par le procédé de l'*extraction*. Dans ces derniers temps, l'abaissement modifié, c'est-à-dire la *dépression* avec *réclinaison*, menaça de restreindre considérablement l'emploi de l'extraction. Scarpa surtout la mit en vogue; Beer et d'autres ophthalmologistes accordèrent à cette opération toute leur attention, en cherchant à déterminer les circonstances où elle est la plus avantageuse.

Dans ces derniers temps une opération, déjà anciennement connue, a semblé devoir restreindre de beaucoup l'emploi des méthodes usitées jusqu'ici, je veux parler de la *kératonyxis*, ou brisement du crystallin en pénétrant dans l'œil par la cornée. Déjà Theod. M. Turquet, (*Praxis medica*, *Lond.*, 1690) avait rapporté un cas dans lequel une femme avait pratiqué une opération à l'aide d'une aiguille. Willars, dans une dissertation qui a pour titre : *An oculi punctio cata-*

ractam præcaveat? et qui se trouve dans HALLER (*Disputat. chirurg., Lausann.*, 1755, tome II, page 157), parle d'une opération qui diffère davantage des procédés imaginés jusqu'à nos jours. Elle doit avoir été pratiquée déjà antérieurement à cette époque par mon prédécesseur, le célèbre BARTISCH, médecin-oculiste de Dresde; plus tard elle fut exécutée par POTT, et ensuite par GLEIZE, CONRADI, etc. Mais toutes ces particularités, et plusieurs autres dont la mémoire m'échappe en ce moment, paraissent avoir été oubliées par les médecins, ou du moins n'avaient pas été appréciées par eux, lorsque BUCHHORN (*de keratonyxide novâ cataractæ aliisque oculi morbis medendi methodo*, etc., 1810), et peu de temps après LANGENBECK, (1) publièrent le résultat de leurs expériences, qui parut si favorable, surtout d'après les opérations pratiquées sur le vivant par ce dernier médecin, que la kératonyxis fixa l'attention des hommes de l'art, non-seulement en Allemagne, mais encore à l'étranger.

L'estimable HIMLY venait de publier, dans son journal, les effets obtenus par l'emploi de la *jusquiame;* ce qui ne contribua pas peu à rendre la nouvelle méthode plus facile, et susceptible d'être pratiquée dans presque tous les cas. La facilité de son exécution, et le témoignage extrêmement favorable que rendit LANGENBECK des succès qu'on en avait obtenus, surtout sous le rapport du rétablissement de la vue, engagèrent une foule de médecins, tant instruits qu'ignorans, à l'essayer et à la répandre. Bientôt elle dépassa les frontières de l'Allemagne. Les bons praticiens de l'étranger en eurent les premiers connaissance; ils s'en servirent et surent en apprécier les avantages; mais ils n'apportèrent pas dans son emploi l'enthousiasme et la prédilection qu'elle fit naître chez la plupart des Allemands. Les résultats obtenus

(1) *Prüfung der Keratonyxis, Gœttingen* 1811, *mit* 2 *Kupfertafeln.* (Examen de la kératonyxis.) Voyez aussi son journal intitulé : *Biblioteck für Chirurgie und Augenkeilkunde.*

en France et en Italie étaient représentés comme bien moins favorables que ceux qu'on observait dans le nord de l'Allemagne. Prévenus en faveur de l'extraction ou de l'abaissement, effrayés par quelques tentatives malheureuses, ils ont pour la plupart renoncé à ce nouveau procédé opératoire, ou ils ont au moins restreint son emploi dans de plus étroites limites que ne l'ont fait nos compatriotes du nord.

Langenbeck lui-même, ce chirurgien si habile et qui a été le principal propagateur de la kératonyxis en Allemagne, ne semble plus attacher comme autrefois un aussi grand prix à ce procédé opératoire. (*Voy.* plus loin.)

La kératonyxis offre certainement un grand nombre d'avantages, mais elle remplacera difficilement les autres méthodes, car il n'y a pas, il ne peut pas y avoir de méthode qui soit également applicable à la guérison de toutes les cataractes. Les circonstances particulières à la maladie réclament ici, comme dans d'autres cas, des considérations spéciales et des méthodes opératoires en rapport avec elles. Trouver la méthode la plus convenable, et l'appliquer avec précision, c'est ce qui distingue le véritable praticien.

Abaissement et renversement de la cataracte, depressio et reclinatio cataractæ. Ces deux méthodes opératoires se divisent chacune en trois temps, dont les deux premiers s'exécutent de la même manière dans l'un et dans l'autre cas; elles ne diffèrent entre elles que par le troisième temps.

I[er] *temps.* On perce la sclérotique, à l'aide d'une aiguille en fer de lance (pl. V, fig. 10), du côté de l'angle externe, à la distance tout au plus d'une ligne et demie du bord de la cornée, et à environ une ligne au dessous du diamètre horizontal du globe de l'œil, de manière à ce que l'une des faces de l'aiguille soit tournée en haut, l'autre en bas, et la pointe dirigée vers le centre du globe oculaire (1). La main

(1) On enfonce l'instrument dans la sclérotique à une ligne et demie du bord de la cornée pour éviter de blesser le corps ciliaire et la rétine ; car

dont se sert l'opérateur pour conduire l'aiguille, doit s'appuyer avec le petit doigt sur la joue du malade, pour que la partie la plus volumineuse de cet instrument, après avoir une fois traversé la sclérotique, ne pénètre pas trop vite et trop profondément dans l'œil.

II *temps.* On fait alors exécuter à l'instrument un mouvement de rotation sur son axe, en en portant le manche du côté de la tempe, afin que la direction de la pointe soit parallèle à l'uvée et tournée vers l'angle interne de l'œil, une de ses faces regardant en avant et l'autre en arrière, tandis que l'un des côtés tranchans est tourné en haut et l'autre en bas; cela étant, l'opérateur pénètre lentement dans la chambre postérieure de l'œil, entre le crystallin et l'uvée, jusqu'à ce que la pointe de l'aiguille soit un peu cachée derrière le bord pupillaire de l'iris, et que la face postérieure de l'instrument se trouve appliquée sur la face antérieure de la cataracte.

III[e] *temps dans l'abaissement.* Après avoir aussitôt dirigé la pointe de l'aiguille obliquement en haut et un peu en arrière, de manière à ce que le côté qui précédemment était appliqué sur la face antérieure de la cataracte, soit alors tourné vers la partie la plus élevée de sa circonférence, on l'abaisse, en agissant comme avec un levier, un peu obliquement, et en dehors, sous la pupille, jusqu'à ce qu'on

les lésions du premier sont suivies de nausées, de vomissemens, et quelquefois de palpitations; on voit même survenir des convulsions, une dilatation irrégulière de la pupille, et enfin tous les signes d'une violente iritis. Les piqûres de la rétine sont suivies de photophobie; le malade aperçoit des étincelles ou des couleurs variées; il survient une cécité complète, des douleurs extrêmement fortes dans l'œil, au front et dans toute la tête, qui se font sentir périodiquement. En introduisant l'aiguille, on tourne une de ses faces en haut et l'autre en bas, pour éviter d'intéresser les vaisseaux ciliaires qui se dirigent toujours horizontalement en avant; enfin on la fait pénétrer en dessous du diamètre horizontal du bulbe oculaire, parce que les vaisseaux les plus volumineux correspondent à ce diamètre, et qu'il est plus facile en introduisant ainsi l'aiguille de la faire agir de la manière d'un levier.

n'en aperçoit plus rien ; enfin, pour s'assurer si le crystallin reste dans la position où on vient de le fixer, on relève peu à peu l'instrument, et on le retire de l'œil dans la direction qu'on avait suivie èn l'introduisant.

IIIe *temps dans le renversement.* On conserve à l'aiguille la position qui lui a été donnée dans le deuxième temps, c'est-à-dire qu'on la laisse sur la face antérieure de la cataracte (1); on en soulève seulement le manche, à la manière d'un levier et dans une direction diagonale en devant, pour que l'instrument, en pressant sur le crystallin malade, le fixe dans le corps vitré, dans une position correspondante entre l'attache du muscle droit inférieur, et celle du muscle droit externe de l'œil, de manière à ce que la face antérieure de ce corps soit tournée en haut, la postérieure en bas, et ses bords supérieur et inférieur convertis en postérieur et antérieur.

Le renversement donne quelquefois lieu à des accidens que nous allons indiquer, et auxquels il faut s'efforcer de remédier par des précautions particulières. Quelquefois la capsule crystalline se déchire pendant cette opération ; sa présence pouvant obscurcir la pupille, il convient de la déchirer avec l'aiguille dans toutes les directions et de l'éloigner autant que possible de l'axe de cette ouverture. Si pendant qu'on opère le crystallin se divise en plusieurs fragmens, il faut pratiquer le renversement des plus volumineux, et faire passer les plus petits, d'après le conseil de Scarpa (2), dans la chambre antérieure de l'œil, où ils sont plus promptement absorbés que dans la chambre postérieure. Si la cataracte n'adhère que partiellement à l'uvée, il faut, avant de retourner le crystallin, chercher, comme Werner l'a recommandé le premier,

(1) Mais il est bon d'appuyer l'extrémité de l'aiguille plutôt sur la moitié supérieure du crystallin.

(2) L. c., vol. II, p. 53. D'autres auteurs craignent que cette manœuvre ne détermine quelque inflammation, telle qu'une irritis etc.; mais Scarpa affirme qu'il n'y a aucun danger.

à diviser d'abord les adhérences avec le tranchant de l'aiguille. Si la cataracte remonte toujours, et que cette ascension ne soit pas due à ce que l'opérateur l'entraîne en relevant l'instrument, mais dépende de l'adhérence qui existe entre la face postérieure de la capsule et la face antérieure de la membrane hyaloïde, il faut aussi commencer par détruire ces adhérences; mais si le crystallin remonte parce que l'aiguille est encore enfoncée dans ce corps et l'entraîne quand on la relève, il faut retirer l'instrument et opérer une seconde fois le renversement. Si la cataracte restée attachée à l'aiguille se trouve encore avec elle au fond de l'œil, il ne faut pas relever celle-ci, on doit au contraire la tourner plusieurs fois sur son axe avant de la retirer. La cataracte peut aussi remonter sans que son ascension tienne à de semblables causes, rarement il est vrai après le renversement, mais plus souvent après la dépression; le meilleur moyen d'éviter cet accident consiste à retenir, pendant quelque temps, le crystallin dans la position qu'on lui a donnée en le déprimant ou en le retournant, au moyen de l'aiguille qu'on laisse encore appliquée sur lui et qu'on ne retire hors de l'œil qu'après un temps plus ou moins long.

Le traitement à employer après la dépression et le renversement est extrêmement simple. Après avoir fermé les paupières au moyen d'une bandelette agglutinative étroite, qu'on place sur elles dans une direction verticale, en empêchant que le malade ne fasse aucune tentative pour regarder, ce qui pourrait occasioner l'ascension de la cataracte, on fixe au front une compresse de linge qui recouvre l'œil, et on recommande au malade pendant quelques jours, le repos absolu du corps et de l'esprit, on diminue la lumière de son appartement, on lui ordonne d'être assis (1) ou couché, l'usage d'alimens d'une digestion facile, et surtout d'éviter tout ce

(1) On recommande la position assise surtout pendant les vingt-quatre premières heures après l'opération, parce qu'on espère par là mieux éviter l'ascension de la cataracte. Pour prévenir autant que possible cet accident désagréable, il faut particulièrement insister sur le repos ab-

qui pourrait déterminer une inflammation de l'œil. Déjà au bout de trois ou quatre jours, le malade peut substituer une visière verte à l'appareil qui recouvrait ses yeux; mais il doit encore éviter pendant long-temps tout ce qui serait susceptible d'occasioner une sensation désagréable dans l'œil opéré.

Si la piqûre faite à la sclérotique détermine la formation d'une ecchymose sous la conjonctive du globe oculaire, elle est le plus souvent résorbée sans le secours de l'art. On fait disparaître les excroissances fongueuses qui se développent autour de la piqûre en se servant de la *teinture d'opium* ou de la pierre infernale.

On facilite la résorption des épanchemens de sang dans les chambres de l'œil, quand ils ne sont pas considérables, par l'emploi de collyres spiritueux; mais s'ils sont trop abondans, on leur donne issue en faisant une ouverture à la cornée. On calme les vomissemens qui succèdent à une lésion des nerfs ciliaires ou de la rétine, par la *valériane*, le *musc*, le *castoréum*, la *liqueur de corne de cerf succinée*, l'*opium;* et si ce dernier médicament n'est pas supporté à l'intérieur, on administre des lavemens de camomille contenant un peu d'opium ou tout autre narcotique. Mais on ne doit attendre de bons résultats de l'emploi de ces moyens, que lorsque les vomissemens ne sont accompagnés d'aucune inflammation, et ne consistent qu'en une irritation nerveuse pure et simple. Quand les vomissemens sont précédés ou suivis de symptômes inflammatoires, il faut employer les antiphlogistiques et faire des applications d'eau froide. Si le vomissement persiste après que l'inflammation a été calmée, on peut avoir recours aux moyens que nous venons d'indiquer conjointement avec le nitrate de potasse, le calomel, la crême de tartre, ou une poudre effervescente (*).

solu du globe de l'œil; car si les muscles de cet organe entrent en action lorsqu'il n'est pas encore rempli de son humeur aqueuse, le crystallin est facilement repoussé en tout ou en partie dans son ancienne position.

(*) Ces poudres se composent de sous-carbonates alcalins et de sub-

S'il survient une amblyopie plus ou moins considérable, occasionée parce que la cataracte a été trop fortement repoussée contre la rétine, le seul moyen d'y remédier consiste souvent à faire remonter le crystallin, en recommandant au malade d'exécuter de grands mouvemens de tête.

En général, les personnes qui ont été opérées assurent qu'il leur semble voir un feu analogue à la flamme qui résulte de la combustion du souffre, quand, en opérant le renversement du crystallin, celui-ci exerce une compression sur la rétine. Cependant ce signe seul ne suffit pas pour indiquer cet accident, parce qu'on l'observe à un léger degré dans presque toutes les opérations avec renversement qui sont faites avec une certaine promptitude; car il peut souvent arriver que ce phénomène soit produit par la compression du crystallin sur le corps vitré. Si après l'opération il se développe de l'inflammation, on la traite comme il sera indiqué en parlant de l'iritis simple.

Beer ne veut pas qu'on exécute la dépression et le renversement, si la cataracte est très-dure, parce qu'il pense que le crystallin ne serait pas absorbé. Cependant cette dureté n'est pas toujours une contre-indication, car on retourne souvent avec le plus grand succès des cataractes d'une consistance très-solide. Ces deux méthodes sont surtout indiquées dans les cas où il existe une *synéchie antérieure* ou un *arcus senilis*, ou lorsque la cornée est trop aplatie et la chambre antérieure trop petite. Si on pratiquait l'extraction dans le second cas, l'incision faite dans la proportion de la cornée malade qui constitue l'*arcus senilis* ne guérirait pas (1); et dans le premier cas l'incision serait le plus souvent

stances acides. Ainsi le *pulvis aërophorus* est formé de sous-carbonate de soude, de tartrate acidule de potasse et de sucre. Elles peuvent être remplacées par la potion de Rivière. (*N. d. Tr.*)

(1) J'ai fait l'extraction de la cataracte chez plusieurs personnes qui offraient un *arcus senilis* assez considérable, et chaque fois la plaie de la

trop petite. Le *renversement* et la *dépression* peuvent encore être pratiqués avec avantage, lorsqu'il y a un rétrécissement de la pupille (*myosis*), quand les yeux sont enfoncés sous l'orbite et l'ouverture des paupières trop étroite, lorsque les malades sont trop mobiles et qu'il existe des adhérences partielles entre l'uvée et la cataracte.

Les cataractes les moins volumineuses sont aussi celles dont l'abaissement est le plus facile : telles sont, la cataracte capsulo-lenticulaire siliqueuse sèche, la simple cataracte lenticulaire secondaire, ou les cataractes capsulo-lenticulaires qui n'adhèrent à l'uvée que par quelques points.

On peut également diviser en trois temps l'*extraction de la cataracte*. Le premier temps consiste à inciser la cornée au moyen d'un couteau à cataracte, le second à ouvrir la capsule crystalline, et le troisième à extraire le crystallin malade.

I[er] *temps*. On se sert du couteau à cataracte de Beer (pl. V. *fig*. 11), qu'on doit tenir comme une plume à écrire; on donne un point d'appui à la main avec laquelle on opère, en plaçant le petit doigt contre l'os zygomatique, et, tenant la pointe de l'instrument obliquement dirigée vers l'iris et le tranchant tourné en bas, on l'enfonce dans la cornée, vers l'angle externe de l'œil, à un huitième de ligne du bord de cette membrane, et à un quart de ligne au-dessus de son diamètre transversal. Aussitôt que l'opérateur voit ou sent que la pointe de son couteau a traversé la cornée, il rapproche le manche de l'instrument de la tempe du malade, et le glisse avec précaution parallèlement à l'iris, à travers la chambre antérieure, en le tenant toujours de manière à ce que la pointe soit un peu tournée en haut, et en ayant soin de ne le pousser ni trop vite ni trop lentement. Il perce ensuite la cornée au côté opposé, également à un huitième de ligne de

cornée s'est parfaitement cicatrisée; mais, dans ces cas, j'avais eu la précaution de laisser l'appareil quelques jours de plus qu'on ne le fait ordinairement. Ce résultat a déjà été obtenu par d'autres médecins.

sa circonférence, et termine sa section, qui doit être exactement demi-circulaire, en évitant également d'écarter les bords de la division et de toucher à l'iris ; il ne doit que faire glisser son instrument dans toute cette opération (1).

La cornée étant, comme on sait, plus épaisse et plus molle chez les jeunes sujets que chez les personnes âgées, et la cataracte étant ordinairement plus volumineuse chez les premiers que chez les seconds dont le crystallin est souvent dur et peu volumineux, on doit éviter de faire l'incision trop petite quand on opére sur des jeunes gens. En général, il vaut toujours mieux la faire un peu plus grande que plus petite, d'autant plus que le couteau, vu l'épaisseur plus considérable de la cornée, peut être glissé très-facilement entre les lames de cette membrane. Une incision trop petite est en général un grand défaut dans l'opération par extraction, car

(1) Dans les cas ordinaires, j'ai pour habitude de faire l'incision de la cornée de manière à ne pas intéresser tout-à-fait la moitié inférieure de cette membrane, mais de façon à empiéter plutôt sur sa moitié externe. Cette modification est facile à exécuter et présente plusieurs avantages importans ; car de cette manière l'humeur aqueuse ne s'écoule pas aussi promptement, d'où il résulte que l'iris se présente moins facilement sous le tranchant du couteau et dans l'ouverture de la plaie après l'opération, attendu que le lambeau de la cornée est beaucoup moins souvent relevé par les mouvemens de la paupière inférieure, parce que son bord n'est pas parallèle à celui de cette dernière (*). Enfin si malgré ces précautions la portion externe et inférieure du bord pupillaire venait à s'engager entre les bords de la plaie, y contracter des adhérences et donner lieu à une large cicatrice de la cornée, il en résulterait à la vérité une difformité de la pupille, mais la vue n'en serait pas gênée, parce que le milieu de la cornée resterait libre, ce qui arrive rarement quand on fait l'incision de la cornée, à la manière habituelle, dans sa moitié inférieure. Je me suis jusqu'ici bien trouvé de cette modification apportée à la section de cette membrane.

(*) Cette méthode qui consiste à faire le lambeau de la cornée oblique, et qui paraît n'être pas ancienne en Allemagne, est depuis long-temps la seule recommandée et mise à exécution par tous les chirurgiens français, qui en ont très-bien apprécié les avantages. (*N. d. Tr.*)

l'agrandissement de l'ouverture qu'on est ensuite obligé de faire, peut souvent avoir des résultats très-fâcheux pour l'œil.

Il faut en faisant l'incision se garder soigneusement d'intéresser l'iris; on doit toujours porter le manche du couteau plus en arrière et en bas, du côté de la tempe, à mesure que la pointe s'avance davantage hors de la chambre antérieure, afin d'éviter de blesser l'angle interne de l'œil. Enfin il faut que l'incision soit faite très-lentement, car sans cette précaution on court risque de voir s'échapper en même temps le crystallin et une partie du corps vitré, accident qui est le résultat de la réaction de l'œil sur l'instrument tranchant, ses muscles le comprimant en ce moment avec la plus grande force. A mesure que l'opérateur achève l'incision, l'aide laisse tomber la paupière supérieure, pour donner au malade le temps de se remettre de son émotion.

IIe *temps*. L'aide soulève la paupière supérieure, et la maintient dans cette position, en ayant soin que l'extrémité de ses doigts ne dépasse pas le bord palpébral. L'opérateur abaisse la paupière inférieure avec l'indicateur, mais sans l'éloigner du globe de l'œil; il la presse, au contraire, très-doucement avec le doigt contre la partie la plus inférieure du bulbe oculaire.

Le but de cette manœuvre est de pouvoir introduire plus aisément et plus vîte, sous le lambeau de la cornée et jusqu'à la pupille, l'aiguille à cataracte (*fig.* 10), ou la lancette à cataracte de Beer (*fig.* 12); cette légère pression doit encore faire saillir davantage le crystallin, par là dilater assez la pupille pour permettre d'inciser facilement la capsule crystalline, sans intéresser le bord pupillaire. Introduisant ensuite l'aiguille par un de ses bords tranchans, la pointe tournée vers l'angle interne de l'œil, entre la cornée ouverte et l'iris, de manière à entr'ouvrir le moins possible le lambeau de la cornée, l'opérateur divise la capsule par des incisions cruciales, qui ne doivent être ni trop pro-

fondes, ni trop superficielles (1). Cela fait on retire l'aiguille

(1) La capsule crystalline est, comme on sait, une membrane extrêmement délicate que l'on peut très-bien diviser par de légers traits d'aiguille, si, par conséquent, on enfonce l'instrument trop profondément dans la substance du crystallin, il peut arriver que celui-ci soit réduit en fragmens ; cet accident serait fâcheux parce qu'il mettrait l'opérateur dans la nécessité d'entreprendre l'extraction des débris de la cataracte, tentatives qui sont toujours fâcheuses, ou de les abandonner à l'absorption, ou enfin de revenir plus tard à l'opération.

Je crois devoir profiter de cette occasion pour dire quelque chose sur l'état de la capsule crystalline après l'extraction de la cataracte. Cette capsule peut conserver ses connexions organiques ; dans ce cas elle continue à être nourrie comme auparavant, et reste par conséquent transparente. Cela peut souvent arriver à la suite d'extractions bien faites de simples cataractes lenticulaires.

Lorsque les rapports organiques de la capsule sont détruits en totalité ou partiellement, elle devient opaque par la suite et gêne plus ou moins la vision, mais rarement d'une manière complète, parce que le degré de force nécessaire pour détruire ses adhérences naturelles occasione communément une ou plusieurs ruptures de cette membrane délicate. De là résulte une cataracte capsulaire secondaire qui peut être absorbée peu à peu si elle est complètement isolée, ce qui malheureusement ne peut être reconnu d'avance à des signes certains. Mais s'il existe de grandes fissures dans les portions de la cataracte capsulaire consécutive qui sont situées derrière la pupille, on peut avoir la certitude que, dans la plupart des cas, elles s'agrandiront peu à peu, et que la vue sera ainsi améliorée. Cet effet ne résulte pas ordinairement de l'absorption qui a lieu, mais il est plutôt produit par la contractilité de la capsule, qui occasione l'enroulement des bords de ses divisions. Enfin, quelquefois la capsule est complètement ou partiellement extraite en même temps que le crystallin, ce qui arrive surtout dans les cataractes capsulo-lenticulaires et beaucoup plus fréquemment qu'on ne l'a cru jusqu'ici. En effet, quand on met la cataracte qui vient d'être extraite dans de l'alcool étendu, on trouve qu'elle est entourée d'une pellicule mince, déchirée et flottante, qui ne tarde pas à perdre sa transparence dans cette liqueur, et à acquérir une teinte blanchâtre. On reconnaît aussi très-manifestement les points du crystallin d'où cette membrane a été arrachée. Quelquefois la couleur du crystallin diffère de celle de la capsule, et alors cette dernière est encore plus facile à reconnaître. Lorsque le crystallin a été extrait sans la capsule, si on le met dans l'alcool, il se couvre ordinairement d'une couche blanchâtre qui ne ressemble en aucune manière à

de la même manière qu'elle a été introduite dans l'œil (1).

IIIe *temps*. Quand l'incision de la cornée est assez grande, et d'une forme semi-circulaire, il arrive le plus souvent que la cataracte s'échappe aussitôt à travers la pupille. Mais si, à cause d'un état particulier de paresse de l'œil, le crystallin ne sort pas promptement, bien que l'opération ait été faite d'une manière convenable, on recommande au malade de diriger le globe oculaire en haut, et de le mouvoir plusieurs fois avec rapidité; par ce moyen on réussit quelquefois à faire sortir la cataracte. On facilite sa sortie en se servant de la cuiller de Daviel (pl. V, *fig.* 13) pour la recevoir à son passage par l'ouverture de la cornée, et empêcher que rien ne se détache de la surface gélatineuse du crystallin. On la reçoit, à cet effet, par son bord externe et inférieur, tantôt à l'intérieur, tantôt à l'extérieur de la cornée, suivant qu'il est besoin. Mais si malgré les mouvemens que l'on a fait exécuter au globe de l'œil, la cataracte ne sort pas, l'opérateur,

quelque chose de membraneux quand on agite le vase. Si je ne craignais de me laisser entraîner trop loin, je pourrais appuyer ce que je viens d'avancer sur les preuves les plus frappantes. Je me réserve d'en traiter ailleurs où il me sera permis de le faire d'une manière plus convenable.

(1) Une proposition qui mérite d'être prise en considération est celle du docteur Wenzl (*Ueber den Zustand der Augenkeilkunde in Frankreich; nebst kritischen Bemerkungen über denselben in Deutschland*, Nürnberg, S. 55, etc.; — Sur l'état de l'Ophthalmologie en France, avec des remarques critiques sur son état en Allemagne), qui consisterait à laisser, comme de coutume, la lumière arriver par dessus le nez, pendant qu'on fait l'incision de la cornée, et à placer le malade, lors de l'ouverture de la capsule et de l'extraction de la cataracte, de manière à ce qu'il tourne le dos au jour, pour éviter de laisser pénétrer dans l'œil une trop forte lumière. Car autant il est avantageux que, dans le premier temps de l'opération, la pupille soit rétrécie, autant il est à désirer qu'elle soit dilatée dans le second et le troisième temps, parce que cette disposition favorise l'ouverture de la capsule et l'extraction de la cataracte par la pupille. Il est certain néanmoins que l'opérateur doit toujours avoir une lumière suffisante pour lui permettre d'exécuter avec précision les opérations délicates qui restent encore à faire.

en appliquant un doigt sur la paupière inférieure, augmente doucement, et d'une manière insensible, la pression qu'il exerce sur la partie inférieure du bulbe oculaire, jusqu'à ce que le plus grand diamètre du crystallin soit engagé dans la pupille; alors il diminue graduellement la pression, jusqu'au moment où la cataracte est entièrement sortie. Dans ce cas il la reçoit aussi sur la cuiller de DAVIEL. Aussitôt que la cataracte est sortie, l'aide laisse tomber la paupière supérieure, et l'opérateur recommande au malade de tenir les deux yeux fermés (1) et tranquilles, et les recouvre, ainsi que la tête, pour affaiblir l'action de la lumière. Après l'avoir laissé reposer quelque temps, on retourne le patient de manière à ce qu'il ait le dos tourné contre la croisée; on relève le voile qui avait été placé sur ses yeux; on lui recommande d'ouvrir l'œil très-lentement, et fermant alors les paupières de l'œil sain, on lui permet de voir des objets qui ne soient pas brillans (2); et s'il les aperçoit très-distinctement on applique l'appareil.

L'extraction ne peut pas toujours être exécutée de cette manière; voici les modifications qu'il faut y apporter suivant les circonstances : si les yeux sont gros et saillans et que les pau-

(1) En fermant les paupières, il est important que le malade le fasse aussi doucement que possible, car s'il exerçait une forte contraction, une partie du corps vitré serait facilement poussée en avant, ce qui pourrait être par la suite très-nuisible à la vision. En genéral c'est aussi de la docilité, de la tranquillité du malade pendant et après l'opération, que dépend le succès; il est par conséquent très-avantageux que le médecin puisse lui faire comprendre avaut d'opérer, comment il doit se comporter, et les motifs de toutes les précautions qu'on lui recommande.

(2) J'ai vu que souvent ce précepte utile n'était pas suivi; il y a même des oculistes célèbres qui ont coutume de montrer aux malades un verre rempli d'eau, et qui leur recommandent d'indiquer avec le doigt jusqu'où monte le liquide. Mais comme le verre est brillant et que l'action de considérer des objets exige un certain effort, il vaut mieux, surtout si le malade a été long-temps aveugle, ne lui montrer que des objets non brillans, gris ou verts, parce que ces couleurs fatiguent moins la vue.

pières soient en même temps peu fendues, l'incision de la cornée doit être faite obliquement en dehors, sans quoi le bord de la paupière inférieure retarderait pendant long-temps la guérison de la plaie de la cornée. — La cataracte cystique doit, d'après le conseil de Beer, être extraite avec la capsule, à l'aide du petit crochet à cataracte (pl. V. *fig.* 15), qu'on tient de manière à ce que sa pointe soit tournée en bas. Adam Schmidt (1) préfère opérer le renversement, parce qu'il a toujours vu succéder à l'extraction une iritis qui détruisait la vue. La cataracte capsulo-lenticulaire siliqueuse sèche peut être extraite. Les cataractes fluides peuvent aussi être extraites au moyen du crochet; mais si le crystallin lui échappe, on se sert de la pince (*fig.* 5) pour saisir avec précaution le fragment le plus dense qui est resté; et on le fait promptement sortir du côté opposé. Dans la cataracte trabéculaire on se sert d'abord de l'aiguille à cataracte en fer de lance, pour détacher la barre ou la zone de l'uvée; et après l'avoir retirée avec la pince, on fait l'extraction de la cataracte comme si on avait affaire à une cataracte cystique (2).

Beer extrait aussi avec la capsule les cataractes de consistance médiocre; il se sert de sa lancette à cataracte pour piquer le crystallin, qu'il agite ensuite dans le but de déchirer le vaisseau et les adhérences de la capsule postérieure avec la membrane hyaloïde, et pour faciliter ainsi la sortie de la cataracte qui se fait de la manière ordinaire.

(1) *Nachstaar und Iritis.* S. 21. (Sur la cataracte secondaire et l'iritis.)

(2) Non-seulement ce procédé qui a été recommandé par Beer n'est pas facile à exécuter, mais il est encore très-offensif pour l'œil. Je conseille par conséquent d'opérer cette espèce de cataracte par le broiement, procédé qui promet d'autant plus de succès que la cataracte trabéculaire se rencontre communément chez de jeunes sujets. Si les aiguilles ordinaires ne suffisent pas pour diviser la zone qui pourrait être dure, je recommande l'emploi d'un couteau convenable. Je ne puis décrire ici ce procédé, faute d'espace, mais je le communiquerai dans le deuxième fascicule de mes *Selecta circà morbos humani oculi.*

Pour appliquer l'appareil, à la suite de l'extraction, il faut avoir attention que les paupières ne soient pas fermées avant que les lambeaux de la cornée ne soient exactement appliqués l'un contre l'autre, afin d'empêcher que ni la paupière inférieure, ni ses cils ne produisent leur écartement qui s'opposerait à une prompte réunion de la plaie. Tout appareil de pansement consiste en deux bandelettes étroites (1) de taffetas gommé, appliquées sur les paupières dans une direction verticale, et en une compresse de linge double, qui doit être fixée au front de manière à recouvrir l'œil. Les deux yeux étant bandés, on porte le malade dans son lit où on le fait coucher sur le dos, la tête un peu relevée, et on empêche la lumière de pénétrer dans sa chambre. Une condition plus importante encore que la position dans le lit, c'est la tranquillité du globe de l'œil et des paupières qu'on ne saurait trop recommander au malade. Il doit éviter soigneusement toute compression et tout mouvement des paupières et du globe oculaire. Lorsque l'appareil est bien appliqué, la réunion de la plaie se fait quelquefois en vingt-quatre heures, mais il faut le plus souvent trois ou quatre jours. Tant que la réunion de l'incision n'est pas opérée, il y a toujours un écoulement de l'humeur aqueuse, reconnaissable à de légères sensations pongitives, qui s'accompagnent quelquefois de phénomènes lumineux passagers.

(1) L'application de bandelettes agglutinatives demande beaucoup d'attention. Voici la meilleure manière de procéder : Après avoir bien mouillé une bandelette, on fixe l'une de ses extrémités à un pouce au-dessus du sourcil ; on l'applique ensuite soigneusement de haut en bas contre les parties sous-jacentes, en n'exerçant qu'une pression très-modérée, et en ayant la précaution de ne coller les portions inférieures de la bandelette que lorsqu'elle est bien adhérente en haut. Si on néglige ces précautions, si on applique la bandelette dans tous ses points à la fois sur l'œil fermé, l'emplâtre adhère bien, à la vérité, à ses deux extrémités, mais il n'est pas solidement attaché aux paupières, parce qu'il ne s'applique pas dans leurs inégalités. Il y a des cas où la mauvaise disposition des bandelettes agglutinatives suffit pour empêcher le succès de l'opération.

On doit s'abstenir d'ouvrir l'œil avant que cet écoulement n'ait parfaitement cessé depuis deux ou trois jours, c'est-à-dire rarement avant le cinquième ou le sixième jour. Beaucoup de médecins lèvent l'appareil peu de temps après l'opération pour entr'ouvrir les paupières, et le réappliquent ensuite; s'il ne survient pas de symptômes qui reclament impérieusement cet examen, je ne vois nullement son utilité : il ne peut être que nuisible dans tous les autres cas. Je laisse l'appareil sans y toucher pendant huit et même dix jours après l'opération; je me sers ensuite d'eau chaude pour détremper les bandelettes agglutinatives et les paupières qui sont collées ensemble par la matière sébacée des glandes de Meibomius; je place sur les yeux deux compresses doubles que je maintiens avec une nouvelle bande appliquée légèrement et sans pression; je recommande au malade de ne pas chercher à regarder et de ne pas quitter son appartement, qui doit toujours être privé de lumière. Je fais porter par dessus ce bandage une visière de fort papier garni de taffetas vert. Il ne m'est pas encore arrivé d'être obligé d'appliquer une seconde fois les bandelettes agglutinatives après les avoir enlevées. On ne doit rendre la lumière à la chambre du malade que peu à peu; il est préférable de ne la laisser pénétrer que par le haut, afin d'éviter le passage trop brusque de l'obscurité au jour. Enfin, si le temps est favovable, on ne permet au malade sa première sortie qu'après le coucher du soleil, pour habituer de nouveau son œil à l'impression de la lumière pure et de l'air frais. Il faut en général d'autant plus de précaution que le malade a été plus long-temps privé de la vue. Beaucoup de médecins ont rencontré dans leur pratique des cas semblables à celui rapporté par Pellier. Un homme pouvant très-bien voir après l'opération, fut frappé d'une cécité complète, pour avoir ôté l'appareil contre la recommandation de l'opérateur, et être resté l'œil ouvert pendant quelque temps dans

un endroit éclairé. Il n'est pas rare de voir survenir dans ces circonstances une violente inflammation qui se termine souvent par la suppuration et la perte complète de la vue.

Le régime doit être sévère pendant les huit premiers jours. On ne doit donner au malade que des boissons et des potages légers, et proscrire la viande (1).

L'opération de la cataracte par extraction peut s'accompagner ou être suivie de beaucoup d'accidens. Souvent pendant le temps qu'on met à faire l'incision de la cornée, l'iris vient se placer devant le tranchant de l'instrument; dans ce

(1) Des panades dans lesquelles le pain doit être parfaitement délayé sont suffisantes, parce qu'il est important que le malade s'abstienne autant que possible de faire mouvoir les mâchoires. Une limonade, de l'eau panée ou sucrée conviennent à titre de boissons. Il est très-peu de cas où l'on puisse permettre un régime plus substantiel.

On doit s'attacher à prévenir la constipation, et déjà même avant l'opératiou, toutes les dispositions doivent avoir été prises pour que le malade ait plusieurs selles par jour. Sil survient de la constipation après que l'opération a eú lieu, il faut administrer de légers laxatifs et interdire les efforts pour aller à la garde-robe, car ils déterminent toujours une congestion de sang vers la tête et particulièrement aux yeux, congestion qui peut devenir très-funeste en retardant la cicatrisation de la plaie faite à la cornée, et en donnant occasion à l'iris de s'engager dans l'écartement de ses bords. Il faut aussi que le malade évite autant que possible les émotions vives, l'action de bâiller, d'éternuer, de tousser, de rire, et qu'il s'abstienne même de trop parler. On ne doit également lui permettre ni de fumer, ni de priser.

Indépendamment du larmoiement, les autres phénomènes qui surviennent pendant les deux premiers jours après que l'opération a été pratiquée avec succès, et après l'application d'un appareil convenable, sont tout au plus une légère cuisson, qui cesse lorsqu'il s'écoule des larmes ou une certaine quantité d'humeur aqueuse; mais souvent les malades ne se plaignent même pas de cette légère incommodité, et n'éprouvent aucune sensation désagréable. Ce n'est que vers les troisième, quatrième ou cinquième jours, que les malades les plus irritables éprouvent dans la moitié inférieure de l'œil une légère sensation qui cependant n'est pas douloureuse; elle indique le degré d'inflammation modérée qui est toujours nécessaire pour la réunion de la plaie de la cornée. Les malades peu attentifs ne s'aperçoivent ordinairement de rien.

cas on applique l'extrémité du doigt médius sur la première de ces membranes, comme Wenzel (1) l'a indiqué le premier, on voit ordinairement alors l'iris se retirer; cependant si cela n'avait pas lieu, on devrait chercher à repousser cette membrane en bas et en dedans, en pressant avec le doigt sur la moité inférieure de la cornée. Quelquefois l'œil échappe au couteau pendant qu'on est occupé à faire la section, et l'humeur aqueuse s'écoule ; il faut alors, d'après le conseil de Beer, enfoncer avec précaution un autre couteau à cataracte(2) entre la cornée et l'iris, et chercher à terminer la section circulaire. D'autres oculistes, également célèbres, abandonnent alors momentanément toute tentative jusqu'à ce que l'incision incomplète soit cicatrisée, pour recommencer ensuite l'opération. Si l'incision est trop petite, il faut l'agrandir avec les ciseaux de Daviel, (*fig.* 14), dont le côté concave doit être tourné vers l'opérateur : il faut, en se servant de cet instrument, ménager avec grand soin le globe de l'œil; aussi la branche qu'on introduit dans la chambre antérieure, ne doit-elle exécuter aucun mouvement. Si on veut essayer de faire sortir la cataracte en comprimant l'œil, et sans augmenter l'incision quand elle est trop petite, il arrive fréquemment que des fragmens du crystallin, dont la surface est molle, se détachent, restent dans l'œil, et troublent la vue pendant un temps plus ou moins long; la partie inférieure du bord pupillaire est en même temps violemment contondue et refoulée dans la plaie ; le crystallin sort quelquefois de l'œil en entraînant avec lui des flocons du pigment noir de l'uvée. Si, dans ce cas il ne survient pas une inflammation qui anéantisse la vue, la pupille reste dilatée, et la partie inférieure de l'iris est paralysée. S'il arrivait que cette membrane

(1) *Traité de la cataracte*, etc., p. 59.

(2) Wenzel et Beer conseillent de ne pas se servir deux fois de suite du même couteau pour opérer l'extraction, parce que à la seconde fois cet instrument ne coupe pas aussi bien qu'un autre qui n'aurait pas encore servi.

pénétrât dans l'incision de la cornée, il faudrait aussitôt en faire la réduction, et rendre à la pupille déformée sa forme circulaire, en exerçant des frictions sur les paupières closes, et en les ouvrant ensuite tout à coup, pour exposer l'œil à la lumière. S'il reste des fragmens du crystallin, on fait également des frictions avec les doigts sur les paupières fermées; par ce moyen on réussit fréquemment à en faire sortir de petites parcelles, surtout celles qui sont le plus molles. Cependant il faut dire aussi, que souvent ces débris du crystallin ne tardent pas à être absorbés.

On s'occupe ensuite d'extraire de l'œil, comme nous allons l'indiquer, les débris de la capsule opaque qui obscurcissent la pupille (1). BEER emploie, pour faire l'extraction des restes opaques de la capsule postérieure et de la membrane hyaloïde (2), son crochet (3), qui lui sert à en retirer une grande partie hors de l'œil. Si une certaine quantité de l'humeur vitrée (un huitième ou un quart) vient à s'échapper par l'ouverture de la cornée, il faut aussitôt faire fermer l'œil doucement, et appliquer l'appareil; lorsque la portion du corps vitré qui est sortie est moins considérable, il vaut mieux ne rien faire, car il ne résultera pas de suites fâcheuses de cet accident pour la vue; mais dans ce cas la partie inférieure de la pupille reste ordinairement déformée pour toujours. On doit craindre que la perte de la vue ne soit le résultat de cet événement, quand un tiers ou une plus grande quantité du corps vitré s'est échappé; souvent alors la pu-

(1) Quand la capsule a été complètement divisée en forme de fenêtre, il n'est pas nécessaire d'en tirer les lambeaux avec la pince, comme le recommande BEER, car toujours ils se rétractent peu à peu, s'enroulent en quelque sorte sur eux-mêmes et dégagent ainsi la pupille. L'introduction d'une pince est toujours très-offensive pour l'œil.

(2) Il n'existe sans doute jamais une opacité de la membrane seule qui revêt la concavité du corps vitré, du moins l'existence de cette cataracte *hyaloïde* est encore très-problématique.

(3) Voyez son Leitf, 2 Bd. Inst. Taf. Fig. 25.

pille se ferme ou même s'affaisse, *Synizesis*, *Subsidentia pupillæ.*

Un accident extrêmement désagréable, qui peut arriver pendant l'extraction de la cataracte, c'est la sortie d'une partie du corps vitré avant l'évacuation du crystallin opaque, car alors celui-ci retombe dans le fond du globe de l'œil. Cet accident peut provenir, soit de ce que l'incision faite à la cornée est trop petite, et de ce que l'opérateur commet l'imprudence d'exercer une trop forte pression sur le bulbe oculaire pour favoriser la sortie de la cataracte, ou de ce que la capsule crystalline adhère au crystallin et à l'uvée. On peut avant l'opération reconnaître l'adhérence avec celle-ci; dans ce cas, il faut choisir entre le procédé de Beer, qui consiste à extraire la cataracte avec la capsule, ou bien pratiquer le renversement en introduisant l'aiguille par la sclérotique. Si cet accident fâcheux est arrivé, il faut entreprendre l'*accouchement* de la lentille, opération qui consiste à introduire la cuiller de Daviel à travers la plaie de la cornée et la pupille, à chercher à saisir le crystallin avec l'extrémité et la face concave de cet instrument, et à l'attirer hors de l'œil, tentative dangereuse que Benedict prétend avoir faite cinq fois de suite sans qu'elle ait été suivie d'inflammation grave, mais qui doit rarement avoir une heureuse issue. On a aussi recommandé l'*accouchement* du crystallin lorsqu'on doit extraire une cataracte qui, après avoir été opérée par renversement, a repris sa place ordinaire; mais on ne se sert pas toujours pour cela de la cuiller de Daviel, car on peut aussi faire cette opération à l'aide d'un petit crochet ou d'une pince. Dans aucun cas il ne faut presser sur le globe de l'œil, pour faciliter la sortie de la cataracte, parce que le corps vitré, qui déjà a été intéressé dans l'opération du renversement du crystallin, s'échappait au-dehors, et que la cataracte s'enfoncerait dans le globe de l'œil. Dans un cas où deux fois on avait inutilement renversé le crystallin, et où on ne devait plus espérer qu'il fût absorbé à cause de l'âge avancé du sujet, et de la

dureté de la cataracte, je me servis de l'aiguille pour la faire passer de la chambre postérieure dans la chambre antérieure, ce que j'exécutai avec facilité; je parvins ainsi, en l'extrayant douze jours après, par une petite incision faite à la cornée, à rétablir passablement la vue.

Quelquefois après l'extraction les paupières restent complètement collées entre elles; les larmes s'amassent alors, et rendent l'œil fort douloureux. Si dans ce cas on humecte les paupières avec une éponge fine imprégnée de lait tiède, on voit s'échapper d'entre elles une grande quantité de larmes, et les douleurs finissent par cesser. Si, après l'opération, le malade fait des tentatives pour ouvrir les paupières, si on n'observe pas les plus grands ménagemens pour l'œil, il arrive quelquefois que l'iris s'engage entre les bords de la plaie de la cornée qui ne sont pas parfaitement en contact, et contracte des adhérences avec eux; alors l'humeur aqueuse qui s'accumule derrière l'iris, le distend en le poussant en avant, et occasionne souvent un staphylôme très-volumineux de cette membrane. Si par la longue durée de l'écoulement de l'humeur aqueuse, et par une sensation analogue à celle que produirait la présence d'un corps étranger volumineux dans l'œil, on soupçonne assez à temps cet accident, il faut, après avoir fait fermer les paupières, exercer sur elles de légères frictions avec le pouce, et les ouvrir ensuite tout à coup pour faire pénétrer subitement dans l'œil une vive lumière; il arrive souvent alors que l'iris se retire, et qu'on peut ainsi prévenir la formation du staphilôme. Si le défaut d'égalité des bords de la plaie faite à la cornée s'oppose à leur réunion, il en résulte souvent une hernie de cette membrane, qu'il faut couper à sa base avec les ciseaux de Daviel, et panser ensuite régulièrement. Cette opération exige qu'on ait ensuite la précaution de tenir l'œil fermé pendant huit à quinze jours. Dans ces cas, le malade conserve toujours une cicatrice blanchâtre apparente. L'inflammation traumatique, qui arrive presque toujours lorsqu'on entr'ouvre trop le lam-

beau de la cornée, ou quand on se sert des instrumens avec peu de dextérité, doit être traitée d'après les règles que nous indiquerons en parlant de l'iritis (1).

On a conseillé de ne pas faire l'extraction de la cataracte dans les cas de *myosis* (rétrécissement de la pupille); cependant si ce resserrement n'est ni trop considérable, ni occasioné par des vices organiques, on peut entreprendre l'extraction, en ayant la précaution d'instiller dans l'œil, deux heures avant l'opération, quelques gouttes d'une dissolution d'extrait de jusquiame. Mais je suis loin de conseiller d'avoir recours à ce médicament dans tous les cas d'extraction, comme on l'a recommandé, parce que la dilatation de la pupille pourrait favoriser la sortie du corps vitré. Lorsque immédiatement avant le second temps de l'opération, la pupille s'est un peu rétrécie, cette circonstauce n'est pas favorable, car la légère pression qu'on doit alors exercer sur le globe de l'œil, facilite non-seulement l'exécution ce cette partie de l'opération, mais suffit pour dilater convenablement la pupille, parce que la cataracte se présente devant elle.

J'arrive maintenant à parler d'une méthode opératoire qui a eu tant de vogue, et dont les partisans sont si nombreux, qu'on me pardonnera d'entrer dans de plus grands détails sur ses avantages et ses inconvéniens, pour mettre les jeunes praticiens en état de juger de sa valeur avec connaissance de cause.

Kératonyxis (2), ou broiement de la cataracte en pénétrant

(1) Les sujets chez qui la cataracte s'accompagne de la paralysie du nerf optique, sont ceux qui souffrent le moins à la suite des opérations de la cataracte, ce qui dépend sans doute, comme Quadri en a déjà fait la remarque (*Annotazioni pratiche sulle malattie degli occhi*, *Napoli*, 1819, p. 215), du peu de sensibilité dont jouissent leurs yeux.

Ce qui vient d'être dit n'est pas applicable aux cas où la paralysie est survenue à la suite de dyscrasies, et surtout lorsque l'œil est encore soumis à leur influence.

(2) Buchhorn entend par *kératonyxis* (de Κέρας, κέρατος, *corne*, et,

dans l'œil à travers la cornée. — On a pour but, dans cette opération, de détruire les rapports organiques de la cataracte, et de diviser le crystallin en fragmens, afin de multiplier ses surfaces, et de faciliter sa macération et son absorption par l'humeur aqueuse.

Les médecins qui traitent habituellement les maladies des yeux, sont tous convaincus que le crystallin peut être réellement absorbé : SCARPA et d'autres ont même démontré, par des recherches anatomiques, que l'absorption de ce corps avait été complète. Il y a aussi plusieurs exemples de cataractes qui s'étant développées, surtout à la suite d'une commotion de l'œil, c'est-à-dire par la destruction des adhérences organiques de la capsule, ont été spontanément absorbées, et suivies par conséquent du rétablissement de la vue. WARE (1) et d'autres auteurs rapportent de semblables exemples. Selon ce chirurgien (2), le meilleur moyen de faciliter l'absorption des cataractes, survenues à la suite de coups, de piqûres, etc., consiste à instiller dans l'œil de l'éther sulfurique pur ou étendu. Il est quelquefois arrivé dans des cas très-rares, que des cataractes développées même sous l'influence de causes internes, ont été absorbées sans que l'art soit intervenu (3). Il n'y a donc que le scepticisme et le défaut d'expérience qui puissent faire révoquer en doute la susceptibilité du crystallin à être absorbée. Mais s'il est certain que ce corps soit absorbé dans certains cas en partie

par extension, *cornée*, et de Νύσσω, νύξω futur, *piquer*, *percer*), l'action de percer la cornée avec une aiguille pour exécuter une opération sur les parties internes de l'œil.

(1) Voyez ses observations, p. 117.

(2) Voyez ses recherches sur les causes qui s'opposent le plus souvent au succès de l'extraction de la cataracte.

(3) On trouve des cas de ce genre rapportés par ALBERT dans l'*Ophthalmol. Bibliothek de* HIMLY, 2 B. 3 St. S. 167, etc.

ou en totalité, il est aussi certain que la cataracte n'est pas toujours résorbée à la suite de la kératonyxis. Quelle peut en être la cause? M. le professeur et conseiller aulique LANGENBECK répond à cette question, dans son journal, *Bibliothek für Chirurgie*, etc., 1. B. S. 554, en disant : « Cela dépend du « procédé adopté pour l'opération, de l'état des parties qui « sont ensuite abandonnées dans l'œil, et enfin du lieu où « sont situés les débris opaques de la cataracte, c'est-à-dire « si c'est dans la chambre postérieure ou dans la chambre « antérieure; » je partage cette opinion, et j'y joins encore les considérations suivantes :

Il faut pour qu'une cataracte, ou une portion de cataracte, puisse être absorbée, qu'elle n'ait plus de communication organique avec les parties voisines; il faut que la masse qui la compose soit de nature à pouvoir être pénétrée et dissoute par les humeurs du globe de l'œil, et particulièrement par l'humeur aqueuse. Des cataractes denses et dures, ou qui consistent en une masse impénétrable par l'humeur aqueuse, ne peuvent pas être absorbées par les vaisseaux lymphatiques, dont nous sommes obligés d'admettre l'existence dans l'œil, quoique nous ne puissions pas les démontrer. Ces cataractes peuvent donc rester des années entières dans le globe oculaire, sans diminuer de volume. Plus la cataracte, susceptible d'être pénétrée par les humeurs de l'œil, a été divisée en petits fragmens, c'est-à-dire plus elle offre de surface à l'humeur aqueuse, et plus celle-ci est abondante, plus vite aussi s'opère l'absorption; et cela a lieu de telle sorte que les parties les plus molles sont les premières résorbées : c'est ce que j'ai observé plusieurs fois avec beaucoup d'exactitude, et même à l'œil nu. Un débris de cataracte qui, à cause de sa forme alongée et recourbée, était placé, moitié dans la chambre postérieure, moitié dans la chambre antérieure, de manière à être comme *à cheval* sur le bord pupillaire de l'iris, fut si bien absorbé dans l'espace de quelques jours, qu'il n'en restait qu'une sorte de squelette extrêmement

ténu, qui n'était cependant pas la capsule, et qu'on put voir pendant près d'une semaine avant qu'il ne fût complètement dissous par l'humeur aqueuse et emporté par les vaisseaux absorbans. La promptitude de l'absorption de la cataracte qui a été opérée par la *kératonyxis*, bien que la consistance en soit la même, et que l'opération ait été également heureuse, varie considérablement suivant l'âge des sujets. Ainsi il faudra pour qu'elle s'effectue chez un vieillard, cinq à six fois plus de temps que chez un jeune homme. Si on a affaire à des vieillards débiles, affectés de l'*arcus senilis*, la même cataracte restera dans l'œil sans presque éprouver de changemens; car, quoique ici l'humeur aqueuse jouisse de la même faculté dissolvante que chez les jeunes sujets, la force d'absorption n'est plus la même, puisque non-seulement la quantité des humeurs diminue dans la vieillesse, mais on voit encore de grands vaisseaux s'oblitérer; ceux des yeux suivent la même loi; et, si le crystallin, la cornée sont affectés du marasme sénile, si les grands vaisseaux visibles, doués d'une plus forte dose de vitalité, s'obstruent et disparaissent, comment espérer qu'il subsistera encore assez de ces vaisseaux absorbans et si déliés, et même invisibles à l'œil de l'homme, pour opérer une absorption extraordinaire?

On voit, d'après ce qui a été dit, du moins en partie, pourquoi des portions de cataracte échappées dans la chambre antérieure de l'œil sont résorbées beaucoup plus vîte que dans la chambre postérieure. Mais cela peut tenir à ce que la force absorbante serait plus considérable en général dans la chambre antérieure que dans la chambre postérieure.

Du reste, ce n'est que dans ces derniers temps que l'on a appris à mieux connaître la faculté que possède l'œil d'absorber le crystallin quand il est hors de sa capsule; car, bien qu'auparavant on eût assez souvent vu disparaître des cataractes survenues à la suite de violences extérieures, on cherchait cependant à s'en rendre raison, soit par une espèce de

dépression occasionée par la contusion, soit en admettant que le crystallin opaque était redevenu transparent.

Passons maitenant à l'opération elle-même, au perfectionnement de laquelle Buchhorn (*l. c.*) et Langenbeck surtout ont tant contribué. On se sert d'aiguilles droites et d'aiguilles courbes dont l'extrémité piquante se termine en fer de lance; celles qui offrent une courbure ont été trouvées les plus commodes. Voici quelle est la manière de procéder à cette opération : après avoir obtenu la dilatation de la pupille, en instillant sur le globe de l'œil quelques gouttes d'une dissolution d'extrait de belladone ou de jusquiame, deux heures avant l'opération, un aide fixe la tête et relève la paupière supérieure du malade, comme s'il s'agissait de pratiquer le renversement de la cataracte; l'opérateur de son côté abaisse également la paupière inférieure avec le doigt médius et indicateur gauches; prenant ensuite de la main droite l'aiguille de Langenbeck (pl. V. *fig.* 8), absolument comme pour l'opération par dépression, la concavité de l'instrument étant tournée vers la cornée et la convexité du côté de l'opérateur, le manche étant tellement rapproché de l'oreille du malade que la concavité de l'aiguille soit pour ainsi dire appliquée sur la convexité de l'œil, sa pointe appuyée sur la cornée du côté de l'angle externe, à une ligne du bord de la sclérotique et dans une position oblique par rapport au centre de la pupille dilatée. Si on introduit l'aiguille vers le bord inférieur de la cornée, on peut tenir l'œil plus fortement fixé que lorsqu'on l'enfonce latéralement, surtout quand on opère des malades dont l'œil est très-mobile, ou des enfans. On enfonce l'instrument dans la cornée en suivant l'une des directions qui viennent d'être décrites, mais sans déplacer le globe de l'œil, et en évitant soigneusement d'intéresser l'iris. De cette manière on passe la pointe de l'aiguille dans l'ouverture de la pupille, et on traverse la paroi antérieure de la capsule de la cataracte. L'action d'enfoncer l'aiguille dans la cornée et de la faire pénétrer jusqu'à

la cataracte doit être exécutée en un seul et même temps.

Quand on est arrivé à la paroi antérieure de la capsule on la déchire avec l'instrument, on broye le crystallin en imprimant quelques mouvemens à l'aiguille, et on abaisse les portions les plus volumineuses de la cataracte. On cherche en même temps à en amener quelques parcelles à travers la pupille dans la chambre antérieure, parce que l'absortion y est plus active que dans la chambre postérieure, et que l'humeur aqueuse peut plus facilement baigner et pénétrer celles qui sont restées dans celles-ci. Le meilleur moyen de faire passer les fragmens de cataracte dans la chambre antérieure, consiste à retirer un peu l'aiguille, à plusieurs reprises, pour déterminer un léger écoulement de l'humeur aqueuse qui entraîne ceux qui sont les plus légers et dont la situation est la plus convenable. En enfonçant l'aiguille dans la cornée il faut, au contraire, éviter tout écoulement prématuré de l'humeur aqueuse, parce qu'il ocasionerait un rétrécissement de la pupille (1) et ferait rapprocher l'iris de la cornée; accidens qui, si on voulait terminer alors l'opération commencée, exposeraient à blesser l'iris et à faire naître par conséquent l'inflammation si dangereuse de cette membrane. Il faut, de cette manière, débarrasser la pupille et lui rendre autant que possible cette apparence noire qu'elle a dans l'état naturel, après quoi on retire l'instrument de l'œil, et on laisse à l'absorption le soin d'enlever le reste. Cette aiguille, quand elle est employée par une main habile, aide beaucoup, à cause de sa courbure, à introduire les petits fragmens de cataracte à travers la pupille dans la chambre antérieure.

Pour achever l'opération avec la plus grande sûreté, il faut que le doigt indicateur qui tient la paupière inférieure abaissée, serve constamment de point d'appui à l'aiguille, afin que

(1) Il est bon, dans ce cas, d'attendre un moment et d'ombrager l'œil avec la main jusqu'à ce que la pupille se dilate de nouveau.

les mouvemens de cet instrument ne fassent éprouver ni tiraillemens ni compression, ni distension à la plaie de la cornée; car ces accidens déterminent à l'endroit de la piqûre, surtout chez les sujets qui sont sous l'influence de quelques dyscrasies, des ulcérations et des taches plus considérables qui peuvent persister par la suite.

Lorsque le morcellement du crystallin n'est pas indiqué, et qu'on se propose seulement d'en opérer le renversement en perçant la cornée, on applique, d'après le conseil de Langenbeck, la face convexe de l'aiguille contre le bord supérieur de la cataracte, et on la pousse vers le fond et à la partie interne du globe oculaire.

Si après l'opération de la kératonyxis un fragment adhérent de la capsule opaque n'était pas résorbé, il serait alors nécessaire de faire une petite incision dans la cornée, et d'en retirer avec précaution les débris en se servant d'un petit crochet délié, ou de la pince de Bloemer (*Voyez* la planche des instrumens.)

L'aiguille courbe de Langenbeck qui est peu tranchante, ne suffisant pas toujours pour bien diviser la cataracte, on est souvent obligé de lui préférer le kératôme (1) du même auteur, qui est plus tranchant (*Voyez* pl. V. *fig.* 9.), dont on se sert pour faire dans le crystallin quelques incisions du haut en bas, du dedans en dehors, etc.; on peut aussi avec avantage faire exécuter à cet instrument des mouvemens de rotation. Par ce moyen, on parvient, si le kératôme est assez tranchant, à diviser complètement la cataracte, et en facilitant l'écoulement de l'humeur aqueuse par quelques mouvemens de va et vient de l'instrment, on réussit à faire entrer dans la chambre antérieure de l'œil quelques-uns de ses débris.

Quoique la kératonyxis soit facile et qu'elle paraisse peu offensive, il faut néanmoins, comme dans toutes les opé-

(1) Langenbeck's neue Bibliothek, etc., S. 466.

rations, procéder avec précaution, ménager autant que possible l'organe de la vue, et ne jamais faire de mouvemens trop étendus, pour éviter de blesser l'iris ou la rétine. Ce précepte doit être observé bien plus encore lorsque les yeux sur lesquels on opère sont habituellement disposés aux inflammations et à d'autres affections ; il vaut mieux ne pas trop insister sur le broiement et revenir à cette opération peu de temps après, que de chercher à tout terminer en une seule fois. Il y a des yeux très-irritables qui manifestent une disposition rhumatique, scrophuleuse et arthritique, et dont la capsule crystalline adhère à l'uvée sur plusieurs points; la prudence ne permet pas alors d'opérer le broiement complet ou le renversement de la cataracte, parce que ces opérations sont encore beaucoup trop violentes, et qu'en exécutant avec une certaine force la kératonyxis on a toujours à redouter une inflammation dangereuse, qui survient assez fréquemment. Dans ces cas je ne broie que le centre de la cataracte, dans l'étendue de la tête d'une grosse épingle ou d'une pupille d'un diamètre moyen, et en limitant ainsi l'action de mon instrument, je cherche à diviser le crystallin en particules très-fines, que je m'efforce d'entraîner le plus possible dans la chambre antérieure de l'œil.

Jusqu'ici, dans tous les cas où j'ai pratiqué l'opération sous d'aussi mauvais auspices, j'ai toujours réussi à la terminer sans occasioner de graves accidens. On peut voir (pl. I, *fig.* 7) les progrès de l'absorption dans un œil excessivement sensible, enclin à des inflammations continuelles, que j'ai opéré par le procédé que je viens d'indiquer.

Le pansement, après cette opération, est le même qu'après le renversement. Quoiqu'il y ait moins à redouter de l'impression de la lumière que dans l'extraction, il est bon, néanmoins, que le malade ne cherche pas à satisfaire son désir de voir les objets. Ces tentatives ne présentent pas d'ailleurs, un résultat immédiat aussi frappant qu'à la suite de l'extraction. Quelques médecins n'ont pas même la pré-

caution de fermer l'œil opéré avec une bandelette de taffetas gommé, parce qu'ils considèrent l'opération comme trop peu importante pour exiger ce soin, et qu'il pensent pouvoir faire plus commodément des applications d'eau froide, qui, lorsqu'on n'a pas à craindre des affections rhumatiques ou arthritiques, peuvent être très-utiles pendant les premiers jours. J'ai le soin de fermer les paupières avec ces bandelettes, chaque fois que j'ai pratiqué sur l'organe de la vue une opération avec l'aiguille, parce que c'est le meilleur moyen d'assurer le repos de l'œil fatigué. S'il survenait une inflammation traumatique qui exigeât des applications d'eau froide, les bandelettes placées sur les paupières n'empêcheraient pas l'emploi de ce moyen ; car après les avoir ramollies on les enlève pour les replacer après l'application du liquide réfrigérant. Lorsque la cataracte a été abaissée et renversée, en introduisant l'aiguille par la cornée, ou par la sclérotique, les applications d'eau froide peuvent être nuisibles parce quelles favorisent l'ascension de la cataracte abaissée, soit en exerçant une pression sur l'œil, soit en sollicitant les contractions des muscles de cet organe. Il est quelquefois nécessaire d'établir des exutoires, ou d'administrer des laxatifs, avant de pratiquer l'opération. La saignée est fréquemment inutile après celle-ci, et quand le sujet est pléthorique et disposé aux congestions vers la tête, elle est souvent nécessaire, même avant que les signes d'une inflammation violente de l'œil ne soient développés. Mais cette dernière règle trouve son application, surtout à la suite des opérations de la cataracte par le procédé de l'extraction.

Il est bon, après l'opération, de veiller à ce que la liberté du ventre existe constamment, de tenir le malade à la diète, et d'interdire l'usage des boissons et des alimens échauffans et nourrissans.

La kératonixis est l'opération qui réussit le mieux quand la cataracte est d'une consistance fluide, molle ou médiocre,

mais si les sujets ne sont pas très-âgés, celles même qui sont plus dures finissent aussi par être absorbées. L'espace de temps nécessaire pour que la résorption puisse s'opérer, varie considérablement, et dépend autant de la consistance de la cataracte que de son broiement plus ou moins parfait, et du lieu ou sont déposés ses fragmens. Si la cataracte disparaît entre la troisième et la huitième semaine, on a obtenu un succès complet; et souvent il faut plus de six mois, et même des années entières, avant que l'absorption ne soit parfaite, quand on ne l'a pas favorisée en revenant à plusieurs reprises à l'opération du broiement.

Si, après que la cataracte a été parfaitement divisée, ses fragmens se sont glissés derrière la pupille, et que leur absorption n'ait pas lieu, ou ne s'opère que très-lentement, il n'est pas de meilleur moyen, après une seconde opération, que de procurer la dilatation de la pupille en instillant sur l'œil une dissolution d'extrait de belladone (1), avec la précaution de faire coucher le malade sur le ventre, dans une position tout-à-fait horizontale, et la tête un peu inclinée en bas. Si on joint à cette position la succussion du corps et de la tête, et que les fragmens de cataracte n'adhèrent pas trop intimement entre eux, ils descendent peu à peu en quantité de plus en plus considérable dans la chambre antérieure de l'œil, où ils disparaissent ordinairement avec beaucoup de promptitude. J'ai employé ce moyen avec un succès complet dans trois cas différens. On favorise encore l'absorption des débris de cataracte par l'évacuation de l'humeur aqueuse, à laquelle on donne lieu en faisant une légère ponction à la cornée. Cette opération a été recommandée par le docteur WERNECK, et l'expérience en a démontré l'utilité. En effet, elle sert non-seulement à procurer la sortie de l'humeur

(1) ℞ Extrait de belladone. . . . . gr. v.
Eau distillée . . . . ℥ j.
Mêlez.

aqueuse contenant en dissolution des débris de la cataracte, mais elle imprime à tout l'appareil organique de l'œil une plus grande activité qui contribue pour beaucoup à faire promptement disparaître les fragmens qui restent encore.

Tous les moyens qui procurent la sortie de l'humeur aqueuse par la cornée, et qui en général favorisent la reproduction de cette humeur, ont le même résultat que cette opération. Les substances que j'ai employées jusqu'ici avec un succès évident sont l'ammoniaque liquide, les huiles de cajeput, de fenouil, de girofle, etc., etc., que je faisais vaporiser sous l'œil, ou que j'appliquais immédiatement sur le globe oculaire; de faibles dissolutions de tartre stibié ou de perchlorure de mercure, aiguisées de quelques gouttes d'un liquide spiritueux, en ayant la précaution de ne jamais les employer que tièdes. Il est bien reconnu qu'on ne doit avoir recours à ces médications, qu'après l'entière disparition de tous les accidens inflammatoires.

Avant de pratiquer la kératonyxis, il est très-utile de dilater la pupille, autant que possible, par des applications de jusquiame ou de belladone; et il est préférable d'employer ces moyens à différentes reprises, comme nous l'avons déjà dit, deux heures avant l'opération; on obtient par là une dilatation plus grande, et on court moins le risque de blesser l'iris. Si nous avions toujours ignoré la propriété d'agrandir l'ouverture de l'iris, dont jouissent ces substances, il nous aurait été impossible de tirer un parti plus avantageux de l'absorption du crystallin qu'on ne l'avait fait dans le siècle dernier (1).

(1) Ces narcotiques dont l'influence sur la pupille n'a été connue que dans ces derniers temps, peuvent assez souvent être utilement employés dans le traitement des maladies des yeux, tantôt pour obtenir des avantages passagers, tantôt avec un succès durable. On peut espérer que les services encore bornés qu'on en retire aujourd'hui, seront à l'avenir plus importans. La belladone et la jusquiame ont surtout été em-

On attribue à la kératonyxis les avantages suivans sur l'extraction et sur le renversement en introduisant l'aiguille par la sclérotique.

Dans l'opération de la kératonyxis, on n'intéresse pas les parties les plus importantes de l'œil, telles que la sclérotique, la choroïde, le cercle ciliaire et la rétine; la cornée seule

ployées sous forme d'extrait et appliquées sur l'œil, à l'état de dissolution, pour faciliter l'inspection de la moitié postérieure de la cavité du globe oculaire, ce qui est surtout utile et nécessaire avant les diverses opérations qu'on entreprend pour remédier à la cataracte; aussi sont-elles indispensables dans la kératonyxis, car l'agrandissement de l'ouverture pupillaire facilité non-seulement la dilacération et le renversement de la cataracte sans qu'on soit exposé à intéresser l'iris, mais il rend encore plus facile le passage des débris dans la chambre antérieure. L'opération devient possible, par suite de cette dilatation, dans les cas mêmes où la cataracte est compliquée de synéchie postérieure, surtout quand les adhérences fines et filiformes ont été déchirées par l'effet de la dilatation de la pupille. Lorsque la synéchie existe avec une cataracte capsulaire partielle, la vue est souvent considérablement améliorée par les instillations d'une dissolution d'extrait de belladonne. Les fragmens de cataracte qui restent dans la chambre postérieure et qui n'y sont pas absorbés, passent quelquefois facilement dans la chambre antérieure lorsque la pupille est dilatée. Quand il existe une myosie ou resserrement pupillaire dû à des causes *dynamiques,* ces narcotiques employés soit seulement à l'extérieur, soit en même temps aussi à l'intérieur, produisent quelquefois de très-bons effets, et même des effets durables. Dans les leucômes occupant le centre de la cornée, la dilatation de la pupille est un moyen palliatif qui favorise l'entrée des rayons lumineux dans l'œil, et qui contribue par conséquent à l'amélioration de la vue. L'emploi de ces narcotiques et l'occlusion simultanée des paupières, réussissent fréquemment à opérer la réduction de l'iris, dans les cas de prolapsus commençant de cette membrane: à travers les ulcères ou les plaies de la cornée. BARATTA avance même, (*Osservazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi, Milano* 1818, tom. 1, p. 139), que si on en fait usage dans les cas où l'iris a été détaché du ligament ciliaire à la suite d'une lésion accidentelle, cette membrane se contracte dans sa grande circonférence, la partie détachée se rapproche du ligament ciliaire et forme de nouvelles adhérences qui font disparaître la difformité résultant de son décollement. On en obtient encore d'excellens effets dans l'iritis simple. (Voyez l'article *Iritis.*)

est lésée (1). Cette lésion est si peu considérable qu'il n'en résulte aucun des phénomènes fâcheux qui sont si fréquens à la suite de l'extraction de la cataracte, tels que des inflammations, l'opacité complète de la cornée, une cicatrice visible de cette membrane, et la procidence de l'iris. Lorsque la pupille a été suffisamment dilatée avec la jusquiame ou la belladone, on court moins les risques de blesser l'iris que lorsqu'on pratique la dépression ou le renversement à la manière ordinaire, parce qu'on peut observer les mouvemens de l'aiguille à travers la cornée transparente, et que l'aiguille commence toujours par agir sur la paroi antérieure de la capsule ; tandis que dans le procédé ordinaire de la dépression on enfonce souvent l'instrument de côté, dans la substance de la cataracte, sans toucher à la paroi antérieure, sur laquelle il est ensuite extrêmement difficile d'opérer. La kératonyxis peut être exécutée chez presque tous les sujets, soit qu'ils jouissent d'une bonne ou d'une mauvaise constitution, parce qu'on a beaucoup moins à craindre alors une inflammation consécutive grave. Cet avantage est surtout très-important pour les sujets arthritiques affectés de cataracte. L'ouverture des paupières peut encore être plus ou moins étroite ; il peut arriver que les yeux soient enfoncés ou saillans, et que le cercle ciliaire soit variqueux ou non (2); enfin la cataracte peut même être partiellement adhérente : toutes ces circonstances ne contr'indiquent pas l'opération de la kératonyxis.

(1) Mais en revanche ces parties éprouvent toujours une commotion plus ou moins considérable, dont la suite peut être un affaiblissement de la vue. J'ai surtout fréquemment observé une paralysie variable des nerfs ciliaires, qui se manifeste par une dilatation inégale de la pupille. La vue ne semble pas gênée, dans ces cas, après l'absorption des débris de la cataracte; mais cet accident s'accompagne inévitablement de cécité totale ou partielle, lorsqu'il y a eu non-seulement ébranlement de l'iris, mais encore une forte commotion de la rétine.

(2) L'état variqueux du corps ciliaire se reconnaît aussitôt à un cercle de couleur bleuâtre qui entoure le bord de la cornée, et qui ordinairement est le résultat d'une inflammation.

La kératonyxis est, en outre, indiquée surtout chez les enfans et chez les aveugles-nés, dont l'œil est trop mobile pour qu'on puisse tenter avec assurance une autre opération. Il est préférable d'opérer les enfans entre deux et cinq ans; cependant quelques praticiens ont blâmé toute tentative de cette nature à cet âge, par la raison qu'il y a alors une trop forte tendance à l'inflammation et à l'oblitération de la pupille. Mais sans tenir compte de ce que chez les enfans la réaction qui succède aux opérations pratiquées sur leurs organes, n'est pas plus considérable que chez les adolescens, d'autres motifs doivent encore déterminer à opérer de bonne heure. Sans la vue, les autres facultés ne peuvent, dans l'enfance, acquérir qu'un faible développement, l'intelligence est retardée, et la rétine ne pouvant s'accoutumer de bonne heure à l'impression de la lumière, se trouve par la suite dans l'impossibilité de s'habituer à l'influence de cet agent, comme elle l'aurait fait sans cet obstacle; d'où résulte une véritable faiblesse de cette membrane, qui ne disparaît jamais complètement quand l'opération est pratiquée plus tard, même avec succès. Enfin, il est beaucoup plus facile d'opérer de la cataracte pendant la première enfance qu'à une époque plus reculée. En effet, il suffit souvent alors d'ouvrir largement la capsule; c'est aussi ce procédé qui a été recommandé par Saunders et par d'autres chirurgiens. La cataracte des jeunes enfans est en général encore molle, souvent même fluide, et offre par conséquent une grande facilité pour pratiquer la kératonyxis. Cette mollesse de la cataracte diminue peu à peu, à mesure que l'absorbtion s'opère de plus en plus dans la masse crystalline, et qu'elle se rapproche davantage de ce qui constitue la cataracte capsulo-lenticulaire siliqueuse sèche; elle devient alors de plus len plus ferme, dure et tenace, et se montre souvent intimement unie à l'uvée; dans ces cas elle est beaucoup plus difficile à écarter de la pupille qu'auparavant.

La raison particulière pour laquelle certains praticiens

donnent une préférence exclusive à l'extraction de la cataracte, tient sans doute à ce que, pour peu que l'opération réussisse, le malade, en cherchant à y voir, s'assure par lui-même du succès, ce qui contribue beaucoup à donner une haute opinion de l'opérateur. D'ailleurs celui-ci peut plus facilement attribuer l'inflammation consécutive qui détruit quelquefois complètement la vue, à l'indocilité du malade dans le cours du traitement qui suit l'opération. Cependant ce ne doit pas être un motif pour adopter exclusivement un procédé opératoire, et surtout pour négliger ce qui peut être avantageux au malade. Il arrive quelquefois qu'on peut répéter plusieurs fois la kératonyxis ou le renversement de la cataracte sur le même œil, tandis que l'extraction une fois mal exécutée détruit pour toujours la possibilité de rétablir la vue.

L'expérience de Langenbeck, de Ph. de Walther, de B. de Siebold, etc., milite en faveur de la kératonyxis. Mais on ne doit pas considérer cette méthode comme la meilleure et comme étant préférable à toutes les autres. Il peut bien arriver qu'elle ne soit pas aussi souvent indiquée que l'extraction et le renversement exécuté en introduisant l'aiguille par la sclérotique, bornons-nous pour le moment à espérer que l'expérience décidera cette question.

La cataracte n'est pas toujours complètement absorbée même après qu'elle a été broyée à plusieurs reprises, et l'absorption elle-même n'est pas toujours suivie d'un rétablissement de la vue aussi parfait qu'après l'extraction. Quelquefois, lors même que la kératonyxis a été bien exécutée, on voit, chez des malades qui sont sous l'influence de certaines diathèses, survenir, contre toute attente, des inflammations qui sans le concours d'aucune autre cause peuvent détruire la vue pour toujours.

Cependant on conviendra facilement que la lésion résultant de la kératonyxis n'est pas trop considérable, surtout si on la compare avec celle qui suit l'emploi de la nou-

velle méthode proposée par Gibson (1), qui consiste à détruire la cataracte en facilitant son absorption ; d'ailleurs elle n'est pas aussi difficile à exécuter que celle-ci. Cependant il paraît que le renversement de la cataracte opéré en introduisant une aiguille par la cornée, ne peut pas être pratiqué aussi facilement, ou au moins avec autant de succès, que lorsqu'on pénètre dans l'œil à travers la sclérotique ; car très-souvent, la cataracte remonte complètement ou presque complètement devant la pupille, et reste dans cette position sans être absorbée d'une manière très-notable.

M. le professeur Langenbeck (2), autrefois le plus zélé partisan de la kératonyxis, semble abandonner aujourd'hui cet objet de son ancienne prédilection. Il opère maintenant le broiement de la cataracte à travers la sclérotique avec une aiguille droite terminée en fer de lance, ou bien il déplace et retourne le crystallin, c'est-à-dire qu'il fait le renversement en pénétrant dans l'œil à travers la sclérotique au moyen d'une aiguille un peu courbe, dont le bord externe est tourné en dehors et en avant, la face antérieure en bas, la face postérieure en haut, et le bord inférieur en arrière. Adams avait déjà fait le broiement de la cataracte par la chambre postérieure de l'œil, mais il repoussait les fragmens dans la chambre antérieure, ce qui est désapprouvé par Langenbeck.

Lorsque la cataracte est dure et qu'aucun obstacle ne s'y oppose, l'extraction (et dans certains cas, le renversement) est un excellent procédé à suivre quand l'opération est prati-

(1) Il se sert d'un instrument recourbé ayant la forme d'une aiguille à coudre, pour passer un fil de soie à travers le crystallin opaque, et forme ainsi un séton dont les extrémités pendent hors de la sclérotique. Dans plusieurs cas il a obtenu par ce moyen la prompte résorption de la cataracte, mais dans d'autres il survenait une inflammation violente qui nécessitait la soustraction du fil. (Voyez *The New-England journal of medicine and surgery and collateral branehcs of science*, vol. VIII. Boston 1819).

(2) Voyez son journal : *Neue Bibliothek fur die Chirurgie und Ophthalmologie*, 2. B ; 3. H, S. 418.

quéepar une main habile. Si la cataracte est molle, pultacée, ou accompagnée d'une opacité de la capsule, si le sujet n'est pas trop avancé en âge, c'est-à-dire si l'on peut espérer la résorption, si l'œil est trop irritable ou est sujet à éprouver des inflammations, etc., le renversement opéré à travers la sclérotique, ou le broiement à travers la cornée, réussissent dans la plupart des cas.

Lorsque les deux yeux étant frappés de cécité, les deux cataractes, ou au moins l'une d'elles, sont de nature à permettre l'extraction, je les opère toutes les deux à la fois, si rien ne s'y oppose, et souvent l'une par l'extraction, l'autre par le renversement ou par la dilacération (*per cataractæ discissionem*). Cette conduite me paraît la plus sage. Elle est également avantageuse pour le malade et pour le médecin; car si le résultat de l'extraction n'est pas favorable, on peut compter davantage sur l'autre œil; et, dans le cas où l'absorption s'opère avec trop de lenteur, ou quand la cataracte remonte et se place devant la pupille, on peut répéter l'opération. Si le malade aperçoit la lumière avec l'œil qui a été opéré par extraction, il supporte avec plus de patience le rétablissement de la vue qui s'effectue plus lentement dans l'autre œil.

Dans le premier cas le résultat est prompt, et la réputation du médecin est garantie; dans le second cas, bien que le succès ne soit pas aussi brillant, elle est pourtant à l'abri de tout reproche. Quand un seul œil étant affecté de cataracte, l'autre est encore sain, le médecin doit préférer la kératonyxis, lors même qu'il n'existe point de contre-indication plausible à l'extraction. Ces remarques ne devraient pas être négligées, même par les médecins des hôpitaux, car elles sont autant dans leur intérêt que dans celui du malade. Je le répète, la pratique de la médecine oculaire peut beaucoup plus facilement que celle de toute autre branche de l'art de guérir être fatale à la réputation de celui qui l'exerce; car celle-ci est souvent compromise ou presque entièrement détruite, dans le cas où la con-

sidération du médecin qui se borne au traitement des maladies internes n'éprouve pas la plus légère atteinte. Au reste, je ferai remarquer que les opérations les plus faciles ne sont pas toujours les plus avantageuses ou celles que l'on doit préférer; cette observation s'adresse particulièrement aux jeunes médecins qui débutent dans la pratique de l'art de guérir. Mais pour ne pas toujours rester borné à l'emploi des procédés opératoires les plus faciles, il est nécessaire de s'exercer souvent sur les yeux des cadavres; car, bien qu'il y ait une grande différence entre opérer sur ces derniers et sur le vivant, cet exercice est l'unique moyen de se perfectionner sans inconvénient pour l'espèce humaine (1).

Avant de terminer ce qui concerne la cataracte, disons quelques mots sur les inflammations en général qui peuvent succéder aux opérations nécessaires pour la guérison de cette maladie. Ces inflammations se manifestent par plusieurs symptômes, et de différentes manières, selon la partie qu'elles af-

(1) On a essayé, dans ces derniers temps, de faire naître artificiellement des cataractes chez des animaux vivans et sur le cadavre, afin de donner aux commençans l'occasion d'exécuter cette opération avec plus de sécurité; car il est certain que si on opère, le crystallin étant parfaitement transparent, on ne peut pas déterminer avec certitude si ce corps est abaissé ou retourné comme il convient de le faire, ou si l'aiguille est fixée dans la cataracte même, pendant que l'on croit simplement l'appliquer sur elle. Troja surtout s'est beaucoup occupé de faire des recherches dans ce but. (*Memoria, etc.*, tom. 1, *Milano.*) Le résultat de ses expériences se trouve consigné, par extrait, dans Giovanni Barata, *Osservazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi*, tom. II, *Milano*, 1818, p. 109 et 114. Il obtenait bientôt que le crystallin devînt opaque, lorsqu'il entourait les yeux de sel marin non purifié, légèrement humecté. Mais souvent aussi la cornée devenait opaque en même temps. Cette raison, jointe à ce qu'il ne réussissait plus dans ses expériences à Naples aussi bien que dans celles qu'il avait faites à Paris, l'engagèrent à employer l'acide nitrique étendu de dix fois son poids d'eau. Cet acide procura aussi l'obscurcissement de la cornée, mais il n'était que superficiel, et on pouvait l'enlever facilement sous forme de pellicule au-dessous de laquelle la cornée se montrait alors parfaitement claire et transparente.

fectent de préférence, ou selon le degré d'acuité ou de chronicité qu'elles atteignent dans leur marche. En général, on peut admettre que plus vîte les inflammations succèdent à l'opération, plus leur première période est aiguë, plus aussi il faut insister sur le traitement antiphlogistique. L'extraction peut être suivie d'*iritis aiguë* et *chronique*, d'*ophthalmitis*, et par suite d'*ophthalmoblennorrhée*, etc. Les inflammations consécutives aux opérations faites au moyen de l'aiguille, affectent ordinairement une marche chronique, et résistent souvent avec opiniâtreté aux moyens les plus convenables. Les lésions faites à la cornée avec cet instrument occasionent fréquemment un état inflammatoire particulier qui consiste en une iritis chronique, compliquée de l'inflammation de la membrane de DESCEMET, dont il a déjà été fait mention en parlant de la kératitis. A la suite des opérations que nous avons décrites, cette inflammation peut être plus grave et plus étendue, et occasioner facilement des adhérences de la pupille.

Il peut survenir en outre des inflammations de la rétine, de la choroïde, de la capsule crystalline, etc., que l'on reconnaît aux symptômes propres aux inflammations de ces parties.

Le traitement spécial de ces inflammations sera indiqué en son lieu; je ferai seulement remarquer ici que celles qui sont purement traumatiques doivent toujours être attaquées d'abord par les antiphlogistiques, et que lorsqu'on a à combattre des inflammations occasionées par les opérations qui s'exécutent facilement avec l'aiguille, il est utile de faire, après une soustraction de sang préalable, des applications d'eau froide, dans laquelle on peut mettre une faible portion d'acétate de plomb liquide; toutefois leur emploi doit être dirigé avec prudence.

La *cataracte secondaire* est, comme SCHMIDT (1) nous l'a ap-

(1) *Ueber Nachstaar und Iritis*, *Wien*, 1801. S. 4 (Sur la cataracte secondaire et l'iritis.

pris, une faiblesse de la vue qui ne se distingue de la cataracte primitive que par l'intervalle de temps après lequel elle apparaît, c'est pourquoi elle présente les mêmes symptômes.

Si à la suite de l'opération pratiquée d'après l'une ou l'autre méthode, il reste des fragmens de crystallin qui interceptent le passage des rayons lumineux à travers la pupille, on appelle cette affection *cataracte lenticulaire secondaire;* on doit attendre que son absorption ait eu lieu, on peut aussi la favoriser par l'application de sachets d'herbes aromatiques sèches, ainsi que par les moyens que nous avons indiqués en parlant de la kératonyxis, etc. Mais si l'absorption ne s'opère pas, il faut faire la dépression des plus petits débris de la lentille crystalline, le renversement des fragmens plus considérables, et, si cela est possible, extraire, d'après le conseil de Beer, le crystallin lorsqu'il est resté entier. Avant de pratiquer ces opérations consécutives, il faut toujours que l'œil ait eu le temps de se remettre complètement de la première opération, ce qui exige quelquefois six à huit mois. S'il survenait une cataracte lenticulaire secondaire après la kératonyxis, il faudrait en faire l'extraction ou le renversement en introduisant l'instrument par la sclérotique, ou il serait encore mieux de la broyer une seconde fois. Lorsque la capsule crystalline gêne la vue (cataracte capsulaire secondaire) et que son opacité est très-prononcée, on peut déchirer cette membrane dans toutes les directions, à l'aide de l'aiguille à cataracte, et en éloigner les débris autant que possible de l'ouverture de la pupille.

MALADIES DU CORPS VITRÉ ET DE L'HUMEUR AQUEUSE.

GLAUCÔME.

Glaucoma (*de* Γλαυκὸς *bleu, azuré, vert de mer;* Ὄμμα, œil), *glaucosis*, *cataracta viridis*, seu *glaucomatosa.*

On désigne sous le nom de *glaucôme* cette affection qui

a pour effet d'affaiblir considérablement ou d'abolir complètement la vue, et dans laquelle le corps vitré paraît trouble et d'une couleur gris verdâtre ou vert de mer.

Au commencement de cette maladie, le sujet qui en est affecté croit apercevoir devant l'œil une fumée qui ordinairement se montre tout à coup et est surtout très-distincte dès le debut, lorsque le malade a déjà perdu un œil par la même affection. Ce brouillard peut cesser d'être visible pendant des heures et même des journées entières, quand l'esprit du malade est distrait par des émotions gaies, et que le corps est soutenu par une alimentation saine. Mais peu à peu cette fumée devient plus considérable et paraît plus épaisse; le malade y distingue des taches noires, foncées, qui semblent comme flottantes dans son milieu; il aperçoit aussi assez souvent en même temps des mouches volantes ordinaires (1); mais d'après ce que j'ai observé, ce phénomène disparaît à mesure que la diminution de la vue fait des progrès. Si on examine l'œil à cette période de la maladie, on ne remarque encore autre chose qu'une paresse de la pupille; peu à peu il survient des indices de légères douleurs gravatives qui font éprouver une sensation de tiraillementau-dessusdes sourcils, et ne tardent pas à devenir plus violentes, lorsque la maladie à son origine est accompagnée d'une congestion visible dans l'œil, ou même de symptômes inflammatoires. Ces douleurs peuvent être suspendues pendant plusieurs jours, et même pendant plusieurs semaines, si la température extérieure devient favorable. Elles redoublent ordinairement vers le soir, éprouvent une rémission le matin, et s'exaspèrent communément lorsque le temps devient mauvais ou que le malade couche sur la plume. Il y a habituellement à cette époque de la maladie un certain degré de photophobie et une roideur sensible de l'œil, quand le malade veut consi-

(1) Benedict, *Disquisitio ophthalmologica de morbis humoris vitrei in oculo humano*; pag. 11, 1809.

dérer attentivement un objet; il croit en même temps apercevoir des taches ayant la couleur de la lune, ou qui sont d'un vert noirâtre ou bigarrées; avant cette époque, la lumière d'une bougie lui paraissait comme enveloppée des couleurs de l'arc-en-ciel. A mesure que l'affection fait des progrès, les douleurs au-dessus des sourcils augmentent et s'étendent plus loin, le globe oculaire devient le siége d'un sentiment de tension, qui s'accroît d'une manière insensible, et acquiert bientôt un degré d'intensité que les malades ont coutume de comparer à la douleur qui résulterait des efforts que l'on pourrait faire pour fendre le globe de l'œil. Bientôt la vue diminue de plus en plus, la pupille finit par être immobile, perd sa couleur noire et devient matte. Les malades ne peuvent plus distinguer que les objets d'un grand volume; la pupille se dilate de plus en plus, sous l'influence de douleurs violentes qui vont toujours croissant, et qui se font sentir dans les os frontaux; on remarque distinctement dans cette ouverture une couleur nébuleuse d'un noir-verdâtre ou vert de mer, qui paraît manifestement concave; la conjonctive oculaire se montre peu à peu traversée de vaisseaux sanguins variqueux qui s'étendent jusqu'auprès du bord de la cornée, et laissent dans ce point un espace annulaire qui forme un cercle bleuâtre, sale, d'autant plus distinct que le nombre des vaisseaux variqueux est plus considérable. La pupille, qui est dilatée et roide, conserve sa forme arrondie ou éprouve une déformation inégale, ou devient ovale; dans ce dernier cas elle ressemble à celle des animaux ruminans. La vue s'affaiblit graduellement, à mesure que les douleurs augmentent d'intensité, et il ne reste bientôt plus que la perception d'une légère lueur; le bord pupillaire se renverse en dehors, de manière à ce que l'on aperçoit la matière colorante noire de l'uvée qui se présente sous forme d'un anneau; la couleur de l'iris est sans éclat, et semble avoir été diminuée par l'effet d'un lavage; ce n'est qu'avec peine qu'on reconnaît encore son organisation; enfin, le globe de

l'œil offre un aspect mat et paraît roide et incertain. Les yeux bruns sont en général plus sujets à cette maladie; alors la couleur foncée de l'iris se change en bleu-gris, sale, mat et sans éclat (1). Enfin, le crystallin commence aussi à devenir opaque, et l'obscurcissement noire-verdâtre de la pupille, qui précédemment semblait concave, devient gris-verdâtre et paraît convexe; le crystallin se ramollit, augmente de volume, repousse l'iris en devant, et diminue par conséquent la capacité de la chambre antérieure de l'œil (2). C'est en cela que consiste ce que les anciens appelaient *cataracta viridis*, et ce que les modernes connaissent sous le nom de *cataracta glaucomatosa*. Les altérations pathologiques survenues dans le globe de l'œil étant ainsi parvenues à leur maximum, la capsule crystalline elle-même étant devenue opaque, et l'œil ayant acquis une plus grande dureté, il diminue souvent de volume et s'atrophie, les paupières s'affaissent, recouvrent complètement et pour toujours cet organe ridé et racorni.

En considérant avec attention l'origine et la marche de cette maladie, nous trouverons partout qu'elle débute par des symptômes qui indiquent seulement une affection des nerfs de l'œil; ce n'est que plus tard qu'on voit se former l'altération particulière du corps vitré; enfin on rencontre quelquefois la plupart des signes qui indiquent une amaurose. Nous voyons encore l'opacité du corps vitré ne survenir, en général, que très-lentement, la diminution de la vue être, au contraire, souvent très-rapide, parfois instantanée, ou au moins l'opacité du corps vitré n'être nullement en rapport avec la cécité existante. De plus, un léger obscurcissement verdâtre n'est pas une cause suffisante pour rendre raison de la perte complète ou presque complète de la vue; il ne pourrait tout au plus que com-

(1) Ceux qui désirent plus de détails sur cet objet peuvent consulter le premier fascicule de mes *Selecta circà morbos humani oculi. Lipsiæ et Parisiis.*

(2) Planche II, *fig.* 8.

muniquer aux objets un aspect verdâtre, et cependant, d'après ce que j'ai observé, cet effet n'a jamais lieu. En réfléchissant à toutes ces circonstances on peut conclure, avec certitude, que le glaucôme ne doit pas être considéré comme une maladie d'une espèce particulière, mais comme une amaurose de la nature la plus fâcheuse. Ceux qui, comme moi, ont eu occasion de disséquer des yeux affectés de glaucôme, et n'ont trouvé le corps vitré que peu altéré sous le rapport de la couleur et de la transparence, sont bien autorisés à penser que la cause du trouble verdâtre qu'on observe à travers la pupille ne gît pas seulement dans le corps vitré, mais qu'elle existe en même temps dans la rétine qui entoure ce corps, et qu'elle dépend en outre de la diminution de la turgescence vitale des milieux transparens de l'œil, qui permettent alors que la rétine se voie mieux, et dans une plus grande étendue, la pupille étant dilatée. WENZEL (1) avait déjà dit : « Ce « qu'on nomme glaucôme me semble être une véritable ma- « ladie du nerf optique, laquelle altération se communique à « la rétine, qui en est l'expansion. » J'ajouterai que le trouble de la transparence du corps vitré lui-même peut n'être par conséquent autre chose que le produit de cette altération du nerf optique ; c'est pourquoi on pourrait s'occuper de cette maladie au chapitre de l'amaurose. Il serait à désirer que les recherches sur cet objet fussent continuées, afin que les idées confuses qu'on a eues depuis les temps les plus reculés jusqu'à ce jour, sur la nature du glaucôme, soient enfin éclaircies. La cause de cette maladie grave doit probablement consister uniquement dans l'arthritis ; mais jusqu'à ce que nous en ayons acquis la certitude, il serait préférable, sans doute, d'admettre que le glaucôme reconnaît en général pour causes, surtout des affections dyscrasiques. Au reste, on l'observe principalement chez les personnes d'un tempérament bilieux (cholérique), chez celles qui sont

(1) *Manuel de l'oculiste*, tom. 1, p. 321.

sujettes aux maladies intestinales, surtout chez les individus affectés d'hémorrhoïdes, et chez les femmes qui ont dépassé leur époque critique.

Le pronostic est extrêmement fâcheux lorsque la maladie est avancée, ou quand elle a acquis tout le degré de développement dont elle est susceptible; car on parvient alors très-difficilement à en obtenir la guérison; tout au plus peut-on espérer de diminuer les douleurs. Ce qui est encore avantageux, c'est qu'en général la maladie n'affecte d'abord qu'un œil, et que dans ce cas le médecin parvient quelquefois à sauver l'autre œil, qui, sans cela, serait aussi frappé de cécité dans un espace de temps plus ou moins court. Il serait bien à désirer que tous les médecins fussent pénétrés de cette importante vérité.

Quand un œil est déjà affecté de glaucôme, il est un moyen qui, d'après ce que j'ai observé moi-même, ne saurait être trop recommandé pour empêcher la formation de cette maladie dans l'autre œil. Si les malades sont robustes et pléthoriques, la phlogose prédomine toujours plus ou moins au début; aussi, même chez les sujets dyscrasiques, je fais pratiquer une saignée, le plus fréquemment au pied; elle excède rarement quatre ou cinq onces, parce que je n'ai pas l'intention de débiliter l'économie, et que je me propose seulement de rendre la circulation plus libre et plus uniforme. Plus tard je reviens à la saignée une ou plusieurs fois, selon les circonstances. Mais dans ces dernières saignées, la quantité du sang qu'on tire ne doit jamais dépasser une à deux onces. En même temps j'administre de légers laxatifs; je fais appliquer de larges exutoires aux deux bras, et, lorsque le danger est plus grand, je prescris des frictions derrière la nuque avec la pommade stibiée, contenant le tartre émétique dans une forte proportion, en ayant le soin d'entretenir, à l'aide de pommades iritantes, la suppuration des pustules qui se développent, jusqu'à ce que je puisse espérer que cette suppuration, jointe à l'irritation de l'exutoire, ait

produit sur l'œil un effet révulsif suffisant. Lorsque déjà il existe des symptômes qui annoncent le commencement du glaucôme, tels que des douleurs au-dessus des sourcils, je fais faire sur cette région, trois ou quatre fois par jour, des frictions avec une pommade composée de liniment ammoniacal, de laudanum liquide de Sydenham et d'huile de sabine; ce moyen, après que la phlogose est diminuée, fait le plus souvent disparaître les symptômes.

Je fais prendre d'abord à l'intérieur, et pendant long-temps, des résolutifs légers, tels que les décoctions miellées de *chiendent*, de *pissenlit*, l'*extrait de grande chélidoine*, le *savon médicinal*, le *sel ammoniac purifié*, la dissolution d'*acétate de potasse*, plus tard je passe à ceux des médicamens de cette classe qui ont une propriété incisive plus marquée, comme la *résine de gaiac*, le *galbanum*, la *gomme ammoniaque*, les *antimoniaux*, l'*extrait d'aconit*, etc. Dans les cas de cessation du flux menstruel, ou de suppression d'hémorrhoïdes, j'ai plusieurs fois réussi à empêcher la formation d'un glaucôme à l'autre œil, et à le guérir, ou à en arrêter le développement.

RÉSOLUTION DU CORPS VITRÉ.

Synchysis (*de* Χύω *ensemble*, *et* Σύν *fondre*, *rendre liquide.*)

La synchysis succède à une ophthalmie, et surtout à une iritis syphilitique, ou bien elle se développe sans avoir été précédée de cette inflammation, à la suite de l'usage abusif du mercure. Lorsqu'elle survient après une ophthalmie, on la reconnaît aux symptômes suivans : le corps vitré perd de sa transparence, il prend une teinte brune-rougeâtre; la vue est affaiblie ou complètement abolie. Si le malade voit encore un peu les objets, il est myope au plus haut degré;

la pupille est rétrécie, quelquefois dilatée et plus ou moins anguleuse. Les mouvemens de dilatation et de contraction de l'iris sont lents et peu marqués, s'ils existent, souvent ils sont tout-à-fait nuls; cette membrane éprouve alors des oscillations alternatives d'avant en arrière, et d'arrière en avant, lorsque le malade fait mouvoir l'œil avec force. La substance du corps vitré devient aussi ténue que l'humeur aqueuse, les cellules en ont disparu, et la membrane hyaloïde se déchire avec la plus grande facilité. Vers la fin, le crystallin se ramollit, il devient opaque, blanc, et comme caséeux (mais il n'augmente pas de volume comme dans le glaucôme); le bulbe oculaire est mou, la sclérotique prend une teinte bleuâtre, et se laisse plisser en quelque sorte sur elle-même, sans que le malade en éprouve de la douleur. Enfin, il survient une atrophie du globe de l'œil.

Cette affection peut dépendre d'un défaut d'équilibre entre les forces absorbantes de la membrane hyaloïde et celle des parties voisines.

En général, le pronostic n'est pas aussi fâcheux que dans le glaucôme, car dans des circonstances où la synchysis n'était qu'imparfaite, on l'a vue disparaître assez complètement par l'emploi des moyens convenables. La synchysis peut aussi persister pendant toute la vie à un certain degré, sans atteindre son développement complet; on peut alors présumer que la cause de la maladie a disparu. Mais il peut arriver que cette affection ne puisse pas être arrêtée dans sa marche: dans ce cas, la rétine participe à cet état pathologique, car sa fonction s'affaiblit et finit par s'éteindre. On ne connaît jusqu'à présent aucun moyen de guérir la synchysis lorsqu'elle est arrivée à son plus haut degré.

On a recommandé lorsque la résolution du corps vitré est commençante, l'usage de la racine de salsepareille, du calamus aromaticus, du quinquina, des amers, des eaux ferrugineuses; les vins généreux, les alimens nourrissans et d'une digestion facile, l'habitation dans des lieux dont l'air

soit sec et pur, et un exercice modéré. On a quelquefois retiré d'heureux effets de l'emploi de ces moyens.

HYDROPISIE DE L'ŒIL.

Hydrophthalmia, Hydrophthalmus, (*de* Ὕδωρ, *eau, et* Ὀφθαλμὸς, *œil*), *œil de bœuf, buphthalmos.*

Cette maladie peut se développer de trois manières différentes : ainsi l'humeur aqueuse est en excès, ou il y a une accumulation pathologique de l'humeur vitrée, ou bien ces deux circonstances sont réunies.

Les symptômes suivant peuvent servir à distinguer la première espèce : la cornée se distend au point de présenter trois ou quatre fois son diamètre ordinaire sans se déchirer; elle conserve sa transparence (pl. II, *fig.* 9), et ce n'est que plus tard qu'elle paraît se troubler, ce qui dépend sans doute d'une altération survenue dans la composition de l'humeur acqueuse (*). La chambre antérieure de l'œil augmente considérablement de capacité, l'iris devient peu à peu roide, et prend une teinte de plus en plus foncée, la pupille ne présente ni contraction ni dilatation remarquables; en même temps le malade éprouve un sentiment de pression, de tension et de pesanteur incommodes dans tout le globe de l'œil. Au début, la maladie s'accompagne de myopie; vers la fin, il se développe une amblyopie amaurotique, et les mouvemens du globe oculaire deviennent de plus en plus pénibles. Enfin, dans une largeur de deux lignes autour de la cornée, la sclérotique offre cette teinte bleuâtre qui est si remarquable chez les enfans qui viennent de naître.

Il arrive souvent que les causes de la maladie restent igno-

(*) Il résulte des belles analyses de M. Chevreul, que la transparence de la cornée dépend de l'eau contenue en certaine proportion dans le tissu de cette membrane ; et que si elle devient opaque cela tient à ce que cette proportion est altérée, soit en plus, soit en moins. *N. d. Tr.*

rées. J'ai observé un cas d'hydropisie peu avancée de la membrane de l'humeur aqueuse survenue à la suite d'une lésion extérieure, mais elle ne tarde pas à disparaître ; CHESTON et d'autres chirurgiens ont rapporté des faits de ce genre, dont la terminaison fut moins heureuse. Cette maladie est assez souvent produite par la guérison trop prompte de certains exanthèmes de la peau et du cuir chevelu.

Le pronostic de cette affection est toujours grave, et lorsque la vue est entièrement ou presque entièrement abolie, il est extrêmement fâcheux, même pour ce qui a rapport à la forme de l'œil. Cependant dans cette espèce d'hydropisie le pronostic est encore constamment plus favorable que dans les autres espèces, surtout si la maladie est survenue à la suite d'éruptions qui ont disparu, et que la constitution du malade ne soit pas cachectique. Si l'on néglige cette affection chez ces sujets, et même chez d'autres malades, elle prend les caractères qui distinguent la seconde espèce d'hydropisie, et se termine quelquefois par la mort, après avoir occasioné une déformation hideuse de tout le globe de l'œil.

Traitement. Si la maladie est symptomatique d'une affection générale, il est naturel de s'appliquer à combattre cette dernière. Si l'hydropisie paraît ne tenir qu'à une maladie locale, si elle est la terminaison d'une ophthalmie qui a précédé, il convient, sans perdre de vue celle-ci (1), d'administrer la digitale pourprée unie au calomel, de prescrire pour boisson une dissolution de crême de tartre et d'acide boracique, d'appliquer des vésicatoires, des fonticules, etc. Si l'hydropisie est le résultat de la suppression trop brusque d'une maladie cutanée, il faut chercher à la rappeler ou à faire naître des éruptions artificielles, et donner à l'intérieur le camphre, le soufre doré d'antimoine et le soufre purifié.

Quant au traitement local qu'il convient d'appliquer dans

(1) Les sangsues et la phlébotomie sont quelquefois indiquées ; c'est surtout dans cette occasion qu'elles sont employées par les médecins français.

ces cas, il varie suivant la période de la maladie : en effet, si elle est encore à son début, il suffit d'appliquer des sachets d'herbes aromatiques, chauds et secs, et de faire alternativement des frictions sur la région surcilière avec l'onguent mercuriel gris, le baume de vie d'Hoffmann, ou avec un mélange d'eau de Cologne et d'ammoniaque. Mais si l'hydropisie a fait beaucoup de progrès, sans que la bulbe oculaire soit cependant dans un état variqueux, on doit pratiquer une ouverture de deux ligues au bord le plus inférieur de la cornée, à une demi-ligne de la sclérotique, en y plongeant perpendiculairement une lancette pour évacuer l'humeur aqueuse; il faut ensuite entr'ouvrir la plaie, pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines, afin de donner issue à l'humeur aqueuse qui s'est accumulée de nouveau. Souvent alors les médicamens intérieurs qui avaient été sans efficacité avant cette opération, produisent un effet merveilleux. On fait ensuite le pansement comme après l'extraction de la cataracte.

Si on entreprend la ponction de la cornée chez un sujet éminemment cachectique, ou lorsque l'œil est dans un état variqueux, le malade est exposé à perdre cet organe par suite de l'inflammation, de la suppuration sanieuse et même de la gangrène qui surviennent ; ce dernier résultat l'expose encore au plus grand danger de perdre la vie.

Ce qui distingue la seconde espèce d'hydrophthalmie, celle qui consiste dans l'hydropisie du corps vitré, c'est que la moitié postérieure du globe de l'œil se développe davantage; en même temps la cornée, sans augmenter d'étendue et sans perdre de sa transparence, fait une légère saillie conique. L'iris, dont la couleur ne paraît pas altérée, est roide et présente toujours une convexité en avant, d'où résulte quelquefois la disparition presque complète de la chambre antérieure de l'œil. La pupille reste assez contractée, mais elle se dilate lorsque le corps vitré, avant de s'être déchiré, repousse le crystallin en avant. La sclérotique, par suite de sa distension,

prend une teinte bleuâtre et sale tout autour de la cornée; le malade devient myope au commencement de la maladie; peu de temps après sa vue s'affaiblit, et il finit ensuite par devenir complètement aveugle, sans qu'il lui soit possible de percevoir la lumière, même au plus faible dégré; le globe de l'œil est toujours très-dur au toucher; ses mouvemens, aussi bien que ceux des paupières, sont beaucoup plus tôt gênés que dans l'autre espèce d'hydrophthalmie; la douleur qui est ressentie dans l'œil et dans toute la moitié de la tête, l'insomnie et le défaut d'appétit, qui déjà existent au début du mal, vont en augmentant de plus en plus, et finissent souvent par jeter le malade dans le plus profond désespoir. Lorsque la maladie est arrivée à son plus haut degré, ou lorsqu'elle est complètement négligée, la cornée se rompt, les humeurs s'écoulent, le bulbe oculaire s'affaisse et s'atrophie. Cependant cet accident ne se termine pas toujours aussi heureusement; car il arrive quelquefois, surtout chez les sujets très-cachectiques, que le globe de l'œil se convertit en une masse fongueuse, ou passe à l'état d'induration, en faisant éprouver de très-violentes douleurs, et prend ensuite tous les caractères d'un ulcère cancéreux.

Les causes de cette hydropisie ne sont pas mieux connues que celles de la première espèce; cependant l'hydropisie du corps vitré affecte le plus souvent des sujets arthritiques, syphilitiques ou scrofuleux, et se manifeste, tantôt à la suite d'ophthalmies, tantôt sans avoir été précédée ni accompagnée d'aucune affection inflammatoire des yeux; toutefois ses progrès sont presque toujours très-lents, quand il existe en même temps qu'elle, une inflammation de quelque partie du globe de l'œil.

Le pronostic est en général fâcheux, surtout à cause des cachexies qui peuvent la compliquer; il ne reste souvent d'autre espoir que celui d'arrêter sa marche, car la guérison en est rarement possible. Lorsqu'il y a perte complète de la vue, on ne peut guère espérer de conserver à l'œil sa forme

naturelle. Au reste, il arrive souvent que cette hydropisie du corps vitré, aussi bien que celle de la membrane de l'humeur aqueuse, restent pendant long-temps stationnaires lorsqu'elles sont parvenues à un degré plus ou moins avancé (1).

Indépendamment du traitement de l'affection générale, quand il en existe une, on a proposé des moyens qui ne peuvent sans doute être employés dans un autre but que celui d'arrêter les progrès de la maladie; ainsi on a conseillé, dans les cas où cette hydropisie débute par des symptômes inflammatoires, d'administrer à l'intérieur le calomel uni à l'opium et à la terre foliée de tartre (2), et de faire sur la région qui est immédiatement au-dessus des sourcils, des frictions avec une pommade composée d'opium et d'onguent mercuriel gris; on a aussi recommandé des lotions fréquentes sur le globe de l'œil avec un collyre mucilagineux opiacé, ou l'application de sachets d'herbes aromatiques, chauds et secs; on doit enfin placer des vésicatoires sur la région mastoïdienne et appliquer fréquemment des sinapismes sur les bras, etc. Bien que l'on réussisse quelquefois à arrêter par ces moyens les progrès de la maladie, il est rare que la vue se rétablisse, car il arrive au contraire que le bulbe oculaire s'affaisse et s'atrophie.

Mais quand l'hydropisie s'est développée sans inflammation, circonstance dans laquelle la guérison est encore plus difficile, il est surtout important d'administrer la digitale pourprée sous forme de poudre, et de continuer son emploi à doses croissantes jusqu'à ce qu'on ait réduit le nombre des battemens du pouls, qu'il se manifeste des vertiges, des

(1) On trouve quelquefois un léger degré d'hydropisie du corps vitré chez des vieillards dont les yeux sont saillans : cette circonstance ne doit inspirer aucune crainte ; mais quand on pratique l'extraction de la cataracte chez ces sujets, il est presque impossible d'éviter la sortie de l'humeur vitrée ; c'est aussi la raison pour laquelle il est alors préférable d'entreprendre le renversement du crystallin. (Benedict, *de morbis humoris vitrei in oculo humano*, p. 27.)

(2) Benedict, l. c.

nausées continues, et que le malade aperçoive ce phénomène qu'on a comparé à la vue des éclairs. Alors même, on doit continuer pendant quelque temps encore l'emploi de la digitale, et entretenir simultanément des vésicatoires sur les apophyses mastoïdes.

Si tous ces moyens restent sans effet, si le bulbe oculaire est déjà augmenté de volume et que les douleurs deviennent de plus en plus fortes; il faut pratiquer la paracenthèse de l'œil en se comportant comme nous allons l'indiquer : Après avoir ouvert la cornée et la capsule crystalline comme pour l'opération de la cataracte par extraction, on fait sortir le crystallin et l'humeur vitrée, on excise ensuite une portion du lambeau de la cornée, afin d'empêcher qu'il ne se fasse une nouvelle accumulation de l'humeur aqueuse, et on panse l'œil comme après l'opération de la cataracte.

Dans la troisième espèce d'hydropisie, affection dans laquelle il y a augmentation pathologique du volume du corps vitré et accumulation anormale de l'humeur aqueuse, on trouve réunis les symptômes des deux espèces qui viennent d'être décrites : le globe de l'œil offre toujours un état variqueux très-développé ; assez souvent il acquiert un volume énorme, d'où il résulte qu'il est poussé hors de l'orbite et qu'il présente cet aspect qui l'a fait désigner par beaucoup de médecins sous le nom de *buphthalmos*.

Le pronostic est excessivement fâcheux, car ordinairement l'affection, après avoir dégénéré en cancer, se termine par la mort, qui dans ce cas est encore hâtée par l'opération de la paracenthèse. Cependant on est quelquefois assez heureux pour enrayer la marche de la maladie lorsqu'elle est encore à son début.

Quant au traitement qu'il convient d'employer, il faut toujours que les malades cachectiques soient soumis à un régime général convenable.

M. Jourdan dit (1) : « On conseille, quand elle (l'hy-

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1818, vol. 22, p. 360.

»drophthalmie) commence seulement, de mettre les éva-
»cuans en usage pour arrêter ses progrès ultérieurs. Les pur-
»gatifs, les vomitifs, les diaphorétiques, la scille combi-
»née avec le sel de nitre, les baies de genièvre en poudre
»ou en décoction, la digitale pourprée, la pulsatille, les
»préparations mercurielles et antimoniales, l'extrait de ci-
»guë, etc., ont été singulièrement vantés, comme propres
»à remplir cette intention.» Ce sont uniquement d'après
lui, les vésicatoires appliqués aux tempes, sur les sourcils ou
derrière les oreilles, qui calment les douleurs et le senti-
ment pénible de distension que le malade éprouve dans
l'orbite.

On doit toujours s'abstenir de l'emploi des topiques; si la
maladie n'est pas encore assez avancée, il ne reste plus qu'à
tenter l'extirpation du globe de l'œil et encore cette opération
n'est-elle qu'un moyen palliatif pour un temps plus ou moins
long, car le professeur BEER a toujours vu survenir dans l'or-
bite, après l'extirpation, une excroissance fongueuse, car-
cinomateuse, qui finissait par amener peu à peu la mort du
malade.

Avant de terminer ce chapitre, je ne puis m'empêcher de
donner quelques conseils dont l'importance me semble dé-
montrée par plusieurs observations que j'ai faites il y a peu
de temps. L'hydrophthalmie paraît être le résultat d'une in-
flammation dyscrasique, presque toujours chronique, de la
membrane interne de la cornée, et de la surface de l'iris,
inflammation qui se termine malheureusement par une sécré-
tion excessivement abondante de l'humeur aqueuse, détruit
l'équilibre entre la sécrétion et l'absorbtion de ce fluide, et
dont le résultat est de paralyser plus ou moins la force
absorbante.

J'ignore s'il peut survenir une hydropisie du corps vi-
tré indépendamment d'une semblable affection de la mem-
brane de l'humeur aqueuse; mais toutes les fois que j'ai pu voir
cette maladie, j'ai constamment observé qu'elle ne survenait

quelorsquel'accumulationdel'humeur aqueusedans lamoitié antérieure de l'œil était déjà portée à un degré considérable. Jusqu'à présent j'ai trouvé que les médicamens internes qui ont été les plus vantés, étaient sans effet dans les degrés légers aussi bien que dans les degrés violens de cette maladie, quand je ne faisais pas concourir en même temps les moyens topiques; mais ceux-ci ne se montraient utiles que dans les cas où la maladie n'était pas fort intense et continuait encore à faire des progrès. Ces moyens externes sont surtout de la nature de ceux qu'on regarde comme susceptibles de faire disparaître les inflammations chroniques, et d'augmenter l'activité de la force absorbante. Les principaux sont : l'*onguent mercuriel double*, dont je fais appliquer sur le globe de l'œil toutes les quatre heures une petite quantité du volume d'une lentille, et que je fais mélanger avec quelques gouttes d'*ammoniaque liquide*, quand cet organe est dans un état de torpeur. J'emploie aussi une pommade composée de deux gros de précipité rouge et d'un gros d'axonge. Cette préparation ne doit être appliquée sur l'œil qu'en petite quantité (d'un volume d'une tête d'épingle), et seulement deux fois par jour. Lorsque les pommades ne sont pas supportées, je fais préparer une pâte avec le protoxide de mercure et le mucilage de gomme, dont je fais introduire une petite quantité dans l'œil toutes les trois heures, à l'aide d'un pinceau. Je n'ai jamais négligé d'établir des révulsions vigoureuses à la peau, parce que je les ai trouvées manifestement avantageuses; je puis en dire autant de celles opérées sur le canal intestinal, surtout quand je donnais la préférence à un purgatif composé de cinq à huit grains de calomel, avec ou sans addition de racine de jalap; car c'est précisément ce moyen qui semble surtout exciter vigoureusement et avec promptitude la force absorbante dans toute l'économie.

Il survient quelquefois, à la suite de la scarlatine, de la rougeole et de la variole, des inflammations de l'œil qui paraissent aussi avoir leur siége dans la membrane de Descemet,

et qui laissent après elles les yeux affectés d'une myopie durable. Je crois avoir quelquefois remarqué, après de semblables inflammations, que la cornée était devenue manifestement plus convexe, et la chambre antérieure de l'œil plus vaste qu'avant l'inflammation. Ne serait-il pas possible que cette phlegmasie se fût aussi terminée par une augmentation de sécrétion de l'humeur aqueuse, et quelle eût ainsi produit un léger degré d'hydropisie? Ne pourrait-on pas espérer de guérir cette maladie par les moyens dont nous venous de parler, si on en faisait usage peu de temps après son début? On prétend, à la vérité, avoir observé la presbytie, au lieu de la myopie, dès le début de l'hydropisie de la membrane de l'humeur aqueuse; mais cela se passerait-il toujours exactement de la même manière? Mes observations sur ce sujet sont encore trop récentes, et trop incomplètes, pour que je puisse en parler avec plus de certitude. C'est aussi le motif qui fait que je le recommande à l'attention des hommes de l'art, pour que nous puissions être plutôt éclairés sur ce point important de pratique de la médecine oculaire.

MALADIES DES PARTIES OPAQUES DU GLOBE DE L'ŒIL.

MALADIES DE L'IRIS.

INFLAMMATION SIMPLE DE L'IRIS.

Iritis.

On a jusqu'ici distingué trois espèces d'iritis que je désignerai, avec Benedict, sous les noms d'*Iritis aiguë*, *Iritis chronique* et *Iritis subaiguë*.

Iritis aiguë.

Symptômes de la première période. Cette phlegmasie se manifeste à son début par des douleurs gravatives, obtuses et profondes, en même temps la pupille se rétrécit d'une ma-

nière uniforme, la vue s'affaiblit, l'iris devient de plus en plus immobile, bientôtsurvient la photophobie qui va toujours en augmentant, la pupille se trouble, sans changer de position et sans perdre sa forme circulaire. Il n'y a d'abord que le petit cercle de l'iris qui prenne une teinte de plus en plus foncée ; plus tard, la même altération se montre sur la grande circonférence de cette membrane, qui, de grise ou de bleue qu'elle était, devient verdâtre ; si elle était brune ou noire, sa couleur prend une teinte rougeâtre ; en même temps elle se tuméfie, et fait saillie en avant, vers la cornée. Alors, à mesure que l'inflammation gagne la capsule antérieure du crystallin et les organes plus profonds, la vue s'affaiblit, la douleur augmente, et finit par s'étendre jusque sur le sinciput, et il s'y joint souvent de la fièvre. Malgré tous ces signes d'une affection violente des parties profondes, la rougeur extérieure de l'œil est peu intense, la sclérotique seule est teinte en rose, et cette rougeur va se perdre vers la circonférence du globe de l'œil ; mais la cornée n'a plus cet éclat qui lui est propre (pl. II, *fig.* 10), ce qui indique qu'elle est aussi sur le point d'être envahie par l'inflammation ; après quoi la phlegmasie se dissipe lentement, lorsqu'elle a été légère, ou qu'elle a été combattue avec succès par les secours de l'art ; ou bien encore elle se termine par suppuration ou par une exhalation de lymphe plastique.

Symptômes de la seconde période. Les douleurs deviennent vagues, il se développe des phénomènes de photopsie, la rougeur de la conjonctive augmente, la pupille qui jusqu'alors était arrondie, devient anguleuse : on découvre, au moyen d'une loupe, un léger nuage d'albumine coagulée qui finit par servir de moyen d'adhérence entre la capsule antérieure du crystallin enflammée et l'iris, en commençant par le petit cercle et successivement jusqu'à la grande circonférence de cette membrane. La vue est alors considérablement restreinte, et si on ne s'oppose pas de bonne heure et d'une manière

efficace à l'exsudation de lymphe qui se fait dans la pupille, il ne reste plus qu'une légère perception de lumière, et la vision est complètement abolie. L'iris s'épaissit de plus en en plus, et se porte davantage vers la cornée ; la chambre antérieure de l'œil en est par conséquent rétrécie, la cornée perd graduellement sa transparence, et ne laisse apercevoir que d'une manière confuse de petites élevures arrondies, d'un rouge jaunâtre, à la surface de l'iris, qu'on ne tarde pas à reconnaître pour de petits abcès qui s'ouvrent enfin, et forment un véritable *hypopion* (pl. III, *fig.* 1). Cependant l'iris peut aussi produire des exsudations purulentes, sans qu'il se forme des abcès à sa surface. Lorsque l'inflammation s'est propagée jusqu'à la rétine, au corps vitré et à la choroïde, vers la fin de la seconde période, la vue est complètement détruite. Si la phlogose se porte davantage sur les parties externes de l'œil, l'iris fait une saillie de plus en plus considérable ; il contracte même quelquefois par toute sa surface des adhérences avec la cornée, et occasione un staphilôme général de cette membrane.

Les causes de l'iritis simple sont, le plus souvent, des lésions externes de l'iris, qui ont lieu communément dans les opérations de la cataracte, et lors de la formation des pupilles artificielles, etc. Cette inflammation peut aussi survenir à la suite de la suppression des règles, des hémorrhoïdes, ou de toute autre évacuation habituelle.

Le pronostic est favorable pendant la *première période*, si la phlegmasie est reconnue et traitée convenablement dès son origine, et avant qu'elle ne se soit propagée au delà de la membrane primitivement affectée. Mais si la phlogose a déjà envahi les parties postérieures ou antérieures du globe de l'œil, il faut attendre pour se prononcer ; car alors il est possible de voir la maladie dégénérer en une *ophthalmitis* complète ; dans ce cas, il est souvent impossible d'empêcher la désorganisation de l'œil, et à plus forte raison de conserver la vue.

Pronostic de la seconde période. Si, lorsqu'on examine l'œil avec une loupe, on n'aperçoit pas de dépôts d'albumine coagulée dans la chambre postérieure, mais seulement de petits filamens grisâtres, qui ne s'avancent que peu en deçà du bord pupillaire de l'iris, si le petit cercle de cette membrane a seul changé de couleur, et qu'il ne se soit pas encore formé d'abcès dans son épaisseur, que par conséquent la vue ait peu souffert, et ne soit que légèrement troublée ou nébuleuse, on peut, par un traitement convenable, espérer une guérison complète, et exempte de toutes traces de la maladie; seulement, les mouvemens de l'iris seront, pendant quelque temps, un peu plus lents que dans l'état ordinaire.

Si, sans le secours de la loupe, on découvre un tissu léger, placé derrière la pupille, si le grand cercle de l'iris a perdu sa couleur naturelle, et que la vue soit par conséquent diminuée, on peut, par des soins bien dirigés, conserver cette faculté dans un état d'intégrité suffisant pour permettre de lire et d'écrire; cependant elle sera toujours faible, et la pupille restera anguleuse et trouble. S'il y a eu un abcès dans l'iris, si la pupille a été complètement fermée par une exsudation albumineuse, et que le malade puisse encore distinguer la lumière d'avec les ténèbres, on ne doit pas espérer pour le moment de rétablir la vue, mais il est quelquefois possible d'obtenir plus tard ce résultat en pratiquant une pupille artificielle. Si l'iris a été le siége de plusieurs abcès, qui, en s'ouvrant, ont rempli de pus les chambres de l'œil, le pronostic est assez fâcheux, car il peut survenir un abcès et une rupture de la cornée. Si, malheureusement, l'iritis a dégénéré en une *ophthalmitis interne*, proprement dite, ou inflammation de l'intérieur du globe oculaire, le médecin doit s'estimer heureux s'il parvient à conserver à cet organe sa forme naturelle.

Traitement pendant la première période. Il doit être le même que celui de la première période de *l'ophthalmitis interne simple;* seulement l'énergie du traitement antiphlogistique

doit être proportionnée au degré d'intensité de l'inflammation. En même temps on administre des laxatifs légers de manière à obtenir deux ou trois selles par jour. Si, vers la fin de la première période, après que la vue a été complètement abolie, on s'aperçoit que l'iris se rapproche de la cornée, au point de faire craindre une adhérence entre ces deux membranes, et par suite un staphylôme, il faut, d'après le conseil de Beer, pour éviter cette difformité, chercher à augmenter l'inflammation en introduisant plusieurs fois par jour dans l'œil, une certaine quantité de teinture spiritueuse d'opium, ou si celle-ci n'est pas assez irritante, on lui substitue l'éther sulfurique ou le baume de vie d'Hoffmann, afin de faire cesser l'exhalation de l'humeur aqueuse, car si on ne peut pas obtenir ce résultat, il se forme un staphylôme de la cornée (1). Si dans cette circontance la moitié antérieure du globe de l'œil s'aplatít visiblement, c'est le signe le plus certain que la sécrétion et l'absorption de l'humeur aqueuse sont abolies pour toujours.

Traitement pendant la seconde période. C'est surtout à cette époque qu'il est extrêmement important d'employer, sans perdre de temps, de puissans dérivatifs. Il faut, avant tout, commencer par l'administration d'un purgatif composé de trois à cinq grains de calomel et de vingt-cinq à trente grains de jalap avec autant de sucre de citron. En même temps, on fait usage avec succès d'un collyre tiède, composé de quatre onces de décoction de mauve (préparée avec une demi-once de feuilles de mauve) et d'un gros de laudanum liquide de Sydenham; plus tard, on applique des vésicatoires à la nuque ou derrière les oreilles. S'il n'y a pas une trop forte contre-indication, on peut alors continuer l'usage du calomel, soir et matin, à la dose d'un grain à un grain et demi; si cette dose ne provoque pas plusieurs selles, on peut encore donner, dans la journée, des purgatifs salins Non-seule-

(1) Voyez *Staphylôme de la cornée.*

ment ces moyens font ordinairement tomber l'inflammation, mais ils agissent encore en favorisant considérablement l'absorption (1).

Les pédiluves et l'emploi local de la chaleur sèche ne doivent pas plus être négligés à cette époque, que les rubéfians dont nous avons déjà parlé. Il est bon aussi d'employer, dans l'intervalle de la première à la seconde période l'*extrait de jusquiame* qui a été pour la première fois recommandé par le professeur Himly, comme pouvant être utile dans le traitement des maladies des yeux, et qui est également conseillé contre l'iritis, par Adam Schmitdt et surtout par Saunders. Il est encore préférable de faire usage de l'*extrait de belladone* qui jouit d'une activité plus grande, et qui est employé principalement par les médecins français et anglais. On s'en sert à la dose de quelques grains d'extrait dans un demi-gros à un gros d'eau distillée; on l'emploie tiède et immédiatement appliqué sur l'œil. On peut encore ajouter quelques grains de cet extrait au collyre dont nous venons de donner la formule.

L'extrait de jusquiame a pour effet de déterminer une forte contraction des fibres rayonnées de l'iris, et par suite une dilatation de la pupille, pour peu que l'action de ce médicament l'emporte sur l'énergie de la contraction des fibres circulaires de cette membrane; s'il survient alors une exsudation albumineuse, il est difficile qu'elle ait pour résultat l'obscurcissement complet de la pupille. Il m'est souvent arrivé d'employer ce médicament avec avantage. On a aussi mis en usage, avec succès, les applications d'extrait de belladone (2), même à une époqne plus avancée de la maladie, et lorsque l'iris adhérait déjà à la capsule antérieure du crystallin par des filamens de lymphe plastique récemment exsu-

(1) Saunders recommande après les saignées générales et les purgatifs, le tartre stibié à petites doses, incapables de provoquer le vomissement.

(2) Saunders, l. c., p. 55.

dée. J'ai rapporté ailleurs (1) plusieurs résultats avantageux que j'avais obtenus par ce moyen. Ces filamens, quand ils sont de formation récente, n'éprouvent ordinairement, lors de la dilatation de la pupille, qu'une simple distension pendant laquelle ils s'amincissent sans se rompre; lorsqu'il existe, au contraire, des filamens déliés qui depuis long-temps obstruent l'ouverture de la pupille, il arrive souvent que leur déchirement s'opère pendant la contraction des fibres rayonnées de de l'iris, en sorte que la vue, qui jusqu'alors était légèrement troublée, en éprouve une amélioration notable. Ce moyen a été employé avec succès, non-seulement dans les inflammations simples de l'iris, mais encore dans les phlegmasies dyscrasiques de cette membrane. Cependant si l'ouverture de la pupille est embarrassée par de l'albumine coagulée, il faut toujours aider ce moyen de ceux qui peuvent favoriser l'absorption; ainsi on emploie à l'extérieur, une dissolution de sublimé corrosif, dans laquelle on introduit de l'opium, et si l'œil ne peut pas supporter l'application des liquides, on introduit entre les paupières une quantité de la pommade suivante :

℞ Deutoxide de mercure.	gr. vj.
Opium pur.	gr. viij.
Beurre frais non salé.	ʒ ij.
Mêlez.	

On peut, en même temps, faire des frictions autour de l'œil, avec une pommade composée d'axonge et de mercure soluble d'Hahnemann, ou avec l'onguent gris mêlé d'opium.

Lorsqu'enfin la chambre antérieure de l'œil est remplie de pus, il faut en procurer l'évacuation en faisant une incision à la partie inférieure de la cornée, afin d'empêcher la rup-

(1) *Ueber künstliche Pupillen, und eine besondere Methode diese zu fertigen.* Berlin, 1821, p. 70. (Sur les pupilles artificielles et une méthode particulière de les pratiquer.)

ture de cette membrane, et de s'opposer à ce que l'œil ne devienne trop difforme.

Iritis chronique.

Cette maladie est quelquefois la terminaison d'une iritis aiguë; dans ce cas, l'iris conserve une tendance à produire de fausses membranes. Cependant l'iritis peut aussi se développer et exister primitivement sous forme chronique, et se terminer ensuite par des exsudations lymphatiques.

Les phénomènes qui accompagnent cette affection à son début, font plutôt soupçonner une amblyopie commençante qu'une inflammation de l'iris.

Le malade se plaint de tiraillemens et de douleurs gravatives, périodiques, dans le globe de l'œil et la région frontale; il croit voir des mouches volantes qui se présentent à lui sous la forme de flocons et de stries noires; enfin il s'aperçoit que sa vue diminue de plus en plus, tant pour les objets situés au loin que pour ceux qui sont plus rapprochés. Si on examine l'œil affecté, on reconnaît que le bord pupillaire est inégal, anguleux; la pupille ne paraît plus d'un noir foncé, mais elle est grisâtre, plus étroite; le bord pupillaire se rapproche de la surface antérieure de la capsule crystalline, d'où il résulte que le petit cercle de l'iris se montre comme tiré en arrière et offre une sorte d'enfoncement conique. On observe le contraire dans l'iritis aiguë, car alors cette membrane se tuméfie et fait saillie en avant, vers la cornée. En même temps on voit se former dans la pupille des exsudations de lymphe plastique, qui deviennent de plus en plus apparentes; la vue diminue à mesure qu'elles prennent de l'accroissement, au point que le malade finit par ne plus distinguer que les couleurs et les contours des objets d'un grand volume. On ne voit du reste, à la surface du globe de l'œil, que peu de rougeur; les douleurs n'augmentent ni dans cet organe ni dans son voisinage; elles éprouvent quelquefois une interruption

pendant un espace de temps assez long, mais elles reviennent ensuite sans aucune cause appréciable, et le praticien expérimenté s'aperçoit facilement que l'œil est le siége d'une affection grave. L'inflammation peut durer ainsi pendant plusieurs mois, avant d'occasioner des exsudations qui produisent une cécité plus ou moins complète. M. le professeur Benedict (l. c., vol. 1, p. 364) n'a observé, dans cette espèce d'iritis, ni pus, ni opacité de la face postérieure de la cornée, ni trouble de l'humeur aqueuse, ni oblitération complète de la pupille; celle-ci, au contraire, n'était jamais que rétrécie, et offrait en arrière un grand nombre d'exsudations nébuleuses. C'est à ces caractères qu'on distingue l'iritis chronique de l'iritis aiguë, ainsi que de l'iritis subaiguë dont nous allons parler plus bas. Peu à peu la phlogose diminue, sous l'influence des moyens de l'art, ou par les seuls efforts de la nature, en laissant quelquefois après elle un *synchysis* du corps vitré; les exsudations qui se formaient dans la pupille deviennent de moins en moins abondantes, et souvent on parvient encore à rétablir la vue malgré cette altération du corps vitré.

Cette forme inflammatoire est souvent due à la suppression d'hémorrhagies habituelles, comme les hémorrhoïdes, les règles, l'épistaxis, etc. Ce n'est guère que dans ces cas, et chez des sujets sains du reste, que cette inflammation peut être considérée comme simple et traitée comme telle; mais souvent elle est produite par la suppression ou par la guérison trop prompte d'exanthèmes, d'ulcères, de sueurs aux pieds, ou parce qu'on s'est trop pressé de couper les cheveux chez les malades affectés de la plique, etc.; alors on ne peut pas, à proprement parler, considérer la phlegmasie comme simple.

Le pronostic est favorable si la maladie est encore à son début et qu'elle affecte des sujets sains et vigoureux; il est fâcheux lorsqu'il existe déjà des exsudations considérables et que cette inflammation affecte des sujets âgés, cachectiques

et débiles, ou quand le corps vitré est déjà tombé en résolution.

Le traitement doit être basé sur les causes, en ayant toujours égard aux circonstances accessoires. Si les malades sont robustes, si l'iritis a été précédée de la suppression d'hémorrhagies habituelles, il convient de faire des soustractions sanguines, de tenir le ventre libre par des laxatifs, et d'avoir recours de bonne heure à l'emploi du calomel. Lorsque la maladie est due à la répercussion d'exanthèmes cutanés, surtout chez des sujets débiles, les saignées ne sont pas très-avantageuses; il faut au contraire administrer, dès le début, le calomel à dose purgative, c'est-à-dire de six à dix grains, en évitant d'en donner de petites quantités, à cause de la tendance qu'a cette inflammation à être suivie de la décomposition du corps vitré. On doit recommander en outre les préparations sulfureuses et antimoniales. Il est extrêmement utile de faire, s'il est possible, des frictions avec l'onguent stibié sur le lieu où siégeait primitivement l'exanthème. De même les vésicatoires, les sétons, les cautères, les sinapismes, les demi-bains tièdes avec la potasse, etc., sont aussi de très-bons dérivatifs.

Iritis subaiguë.

J'ai, en parlant de la kératitis, déjà fait mention du degré léger de cette maladie particulière, qui doit être rangée parmi les inconvéniens auxquels expose la kératonyxis; mais je crois devoir m'appesantir davantage sur ce sujet, parce que j'ai eu souvent l'occasion de me convaincre qu'il est d'une très-grande importance, surtout pour ce qui concerne l'opérateur.

Les auteurs désignent sous différens noms cette espèce de phlegmasie, qui a été pour la première fois décrite par Wardrop; ainsi Schindler (*Commentatio ophthalmologica de iritide chronicâ ex keratonyxide subortâ, Vratislaviæ*, 1819) la nomme *iritis chronique*; Fabini et plusieurs autres l'appellent *inflam-*

mation de la capsule de l'humeur aqueuse; HELLING propose de la désigner sous le nom de *hydatocapsulitis*; BENEDICT enfin, comme je l'ai déjà dit, la nomme *iritis subaiguë.* La partie de l'œil qu'affecte cette inflammation est la membrane séreuse, extrêmement mince, qui, d'après les anatomistes, doit tapisser la face interne de la cornée, les faces antérieure et postérieure de l'iris et la paroi antérieure de la capsule crystalline. Nous n'examinerons point ici l'exactitude de l'opinion des anatomistes qui admettent l'existence de cette membrane; il nous suffit qu'il y ait dans cette maladie des phénomènes qui indiquent une affection inflammatoire de la surface des parties qu'on suppose être tapissées par elles, phénomènes qui la distinguent plus ou mois essentiellement de l'iritis aiguë et de l'iritis chronique dont nous venons de parler.

Cette inflammation survient communément à la suite de plaies pénétrantes de la cornée faites par des instrumens piquans, surtout après l'opération de la kératonyxis. Ce n'est ordinairement que le troisième ou le quatrième jour qui suit la lésion, que le malade éprouve un sentiment de plénitude dans le globe oculaire, des douleurs gravatives qui se font sentir dans cet organe et dans le front, et qui ne tardent pas à se dissiper, mais qui reviennent ordinairement au bout de huit ou douze heures avec un accroissement d'intensité. En examinant l'œil, la conjonctive oculaire ne présente qu'une rougeur légère. Après les deuxième, troisième ou quatrième paroxysmes, on s'aperçoit que la cornée commence à devenir opaque, à peu près comme au début du pannus, et on voit distinctement que cette opacité ne réside pas à l'extérieur, mais bien à la face interne de cette membrane. La transparence de l'humeur aqueuse paraît aussi être troublée. Autant qu'il est possible d'examiner alors les parties, on trouve que la pupille est rétrécie et roide, et que l'iris est grisâtre ou d'un gris jaunâtre. A ces accidens se joignent ensuite la fièvre qui s'accompague de phénomènes gastriques. Les douleurs augmentent, elles se font sentir principalement

le soir, causent de l'insomnie, durent presque jusqu'au matin, comme dans l'iritis syphilitique ; elles sont d'autant plus intenses, et se font sentir dans une étendue qui est proportionnée à la violence de l'inflammation. Souvent elles diminuent ou disparaissent tout-à-fait pendant des journées entières, et reviennent ensuite sans qu'on puisse savoir à quoi attribuer leur retour. Si on examine alors l'œil avec plus d'attention, on aperçoit tout autour de la cornée une sorte de couronne formée par le développement des vaisseaux, et qui diffère de celle qui caractérise l'iritis syphilitique, en ce qu'elle ne survient qu'à cette époque, tandis que dans celle-ci elle existe dès que les douleurs ostéoscopes commencent à se faire sentir dans la région frontale. Quelquefois la conjonctive qui tapisse la sclérotique se tuméfie légèrement et prend une teinte rouge plus foncée et plus uniforme. La photophobie est souvent peu prononcée, tandis que le larmoiement est plus considérable.

Sur ces entrefaites, le bord pupillaire devient le siége d'une exsudation qui, selon le degré de l'inflammation, peut devenir plus ou moins abondante, occasioner même une adhérence complète de la pupille, ce dont il est facile de s'apercevoir parce que l'opacité de la face interne de la cornée disparaît ordinairement dès que l'exsudation s'opère (*). Lorsque l'adhérence de la pupille est établie et que les douleurs et les autres symptômes de l'inflammation ont disparu, on ne doit pas s'étonner de voir la maladie se terminer par une atrophie du bulbe oculaire. Un des accidens les plus graves, et qui est propre au plus haut degré de cette affection, c'est l'ecchymose de l'iris, qu'on reconnaît à une

(*) Ce résultat coïncide parfaitement avec les expériences de M. Chevreul dont nous avons déjà parlé ; en effet, tandis que la face interne de la cornée est gorgée d'humeurs elle est plus ou moins opaque ; après l'exsudation qui dégorge cette membrane, les fluides qui entrent dans sa composition ne s'y trouvent plus que dans la proportion naturelle, par conséquent aussi elle doit avoir repris sa transparence. *N. d. Tr.*

tache ou bande rougeâtre qui existe à la surface de cette membrane; il peut même arriver que le sang se répande jusqu'au fond de la chambre antérieure de l'œil, ce qui indique toujours que l'affection consécutive est au dessus des ressources de l'art.

Cette inflammation ne se présente pas toujours, à beaucoup près, sous une forme aussi violente que nous venons de la décrire, car on l'observe sous les aspects les plus variés. Il arrive même souvent, après qu'elle a existé à un faible degré, que la pupille reste immobile, avec une forme anguleuse, ou qu'elle se meut avec une lenteur qui persiste pendant plus ou moins long-temps, ou qui dure toujours par la suite; et lorsque la cataracte, après avoir été broyée, est en contact avec le bord pupillaire, il existe presque toujours des adhérences entre ce dernier et les fragmens de la capsule qui ont encore conservé en partie leurs rapports organiques; d'où il résulte que lors même que la cataracte, après son broiement, a fini par être absorbée, la vue est encore plus ou moins obscurcie par une cataracte capsulaire secondaire. Jamais l'iritis subaiguë n'est accompagnée de suppuration. Cette inflammation reconnaît presque toujours pour cause l'opération de la kératonyxis; elle est constamment plus rebelle lorsqu'elle se déclare chez des sujets affectés de rhumatisme, d'arthritis, etc., ou quand elle se complique de ces affections.

Le pronostic est très-facheux quand l'inflammation, ayant été négligée à son début, a acquis une intensité considérable; car il n'y a souvent alors aucun moyen capable d'arrêter les progrès de la maladie et d'empêcher les déformations qui existent déjà. Le pronostic est plus favorable dans les cas seulement où la phlegmasie ayant été reconnue de bonne heure, les symptômes cèdent après le second ou le troisième jour d'un traitement convenable.

Traitement. On doit d'abord déployer tout l'appareil antiphlogistique et soumettre le malade à une diète sévère; on débute par conséquent par une forte saignée générale à la-

quelle on fait succéder des applications de sangsues aux tempes et d'eau froide sur le globe de l'œil. En général, lorsque les applications froides ou humides ne sont pas supportées, on a recours à l'emploi local de la chaleur sèche, parce qu'il est probable qu'il existe, dans ce cas, une complication arthritique ou rhumatique. Immédiatement après, on donne deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, une dose de calomel assez forte pour provoquer plusieurs selles par jour. Si les symptômes inflammatoires tardent quelques temps à céder sous l'influence de cette médication, il faut aussitôt opérer l'évacuation de l'humeur aqueuse, en faisant une ponction dans la chambre antérieure de l'œil; on doit, pour cette opération, préférer l'instrument tranchant à l'aiguille; et on réitère fréquemment cette opération légère et inoffensive, parce que l'humeur aqueuse est trop vite remplacée, pour qu'une seule évacuation puisse procurer un soulagement durable dans le cours d'une inflammation aussi violente; on calme les douleurs que le malade ressent au-dessus des sourcils, par des frictions fréquemment répétées avec une pommade composée d'opium et d'onguent mercuriel. Lorsque malgré l'emploi des moyens antiphlogistiques on voit l'exsudation du bord pupillaire avoir lieu, on administre le calomel uni à l'extrait de jusquiame; on peut aussi, en même temps, faire des fomentations chaudes avec cette dernière substance, la teinture d'opium et de l'eau. Quand on a acquis la certitude que la phlogose est diminuée, on retire souvent beaucoup d'avantage de l'application de sachets d'herbes aromatiques chauds et secs, avec ou sans addition de camphre. On peut en dire autant des révulsions établies à la peau au moyen de vésicatoires, de frictions avec la pommade stibiée, de sinapismes et de pédiluves sinapisés, dont l'emploi ne doit pas être négligé.

Si malgré tous ces moyens les accidens ne cèdent pas complètement, on peut essayer d'administrer à l'intérieur le quinquina, la valériane, le calamus aromaticus et autres

moyens semblables, dont il est bon de faire également usage pendant la convalescence.

Lorsque la pupille est déjà oblitérée par l'exsudation de lymphe plastique, il reste peu d'espoir de guérison.

ANOMALIES DE LA PUPILLE.

La pupille est sujette à beaucoup d'affections que nous avons réunies sous ce titre :

Ainsi, on a vu les fibres circulaires de l'iris être divisées en travers, particulièrement dans la moitié inférieure de cette membrane, ce qui donnait à la pupille un aspect comme pédiculé; cet état est congénial et a été désigné sous le nom de *coloboma iridis*. Walther, Wagner, etc., ont consigné des observations de cette maladie.

Quelquefois la pupille est trop dilatée, plus ou moins immobile : on désigne cette disposition sous le nom de *mydriasis ;* elle est sympathique, comme dans l'hydrencéphalie, dans certaines hydrophthalmies, dans les affections vermineuses, dans l'amaurose et chez certains sujets hystériques et hypochondriaques; ou bien elle est idiopathique et se montre souvent alors comme une véritable paralysie de l'iris qu'on observe quelquefois aussi sous l'influence de l'usage de certains narcotiques, tels que la belladone et la jusquiame. On a aussi rencontré des dilatations congéniales de la pupille, d'autres fois, on a vu cette disposition être le résultat de l'habitude, à la suite d'un long séjour dans l'obscurité. Le mydriasis peut aussi être occasioné par des adhérences de l'uvée avec la capsule antérieure du crystallin. Les suites qui peuvent être le résultat de cette affection, lorsque les parties nerveuses de l'œil sont encore susceptibles de recevoir des impressions, sont la photophobie, ou une nyctalopie complète et une amblyopie amaurotique qui vient ordinairement s'y joindre, parce

que les rayons lumineux, pénétrant en trop grande quantité jusqu'au fond du globe de l'œil, occasionent une irritation de la rétine : quelquefois cependant la vue n'est pas altérée. Je donne en ce moment des soins à un teinturier affecté de cette maladie, qui jusqu'ici a résisté à tous les moyens, mais qui ne l'empêche pas de lire les caractères les plus fins. Souvent le mydriasis n'existe que d'un côté.

On voit en général, d'après ce que nous venons de dire, quel pronostic on doit porter, et quel est le traitement qu'il convient d'opposer à cette affection. Il faut par conséquent s'attacher à guérir la maladie principale, ou, s'il existe une paralysie de l'iris, on applique des vésicatoires au-dessus des sourcils, et on a recours aux *antiparalytiques* qu'on emploie à l'extérieur et à l'intérieur ; ainsi on se sert, par exemple, d'un collyre stimulant préparé avec le sulfate de zinc ou une infusion de tabac. Quelquefois on retire de très-bons effets de le préparation suivante :

℞ Sel de cuisine. . . . . gr. ij à vj.
Eau distillée. . . . . . ℥ j.
Mêlez.

On en instille dans l'œil une petite quantité plusieurs fois par jour. On fait prendre à l'intérieur la valériane, le quinquina, l'arnica, la coloquinte, etc.

On a recommandé, comme moyens palliatifs, les visières, et surtout des lunettes tubuleuses noires (*), afin d'éloigner de l'œil la lumière surabondante qui pourrait être nuisible.

Les altérations de la pupille, opposées aux précédentes, sont :

Le *myosis* ou *resserrement trop considérable de la pupille*. Cette

(*) La construction de ces lunettes ne diffère des autres qu'en ce que sur chacun des cercles destinés à supporter le verre se trouve fixé un tube noirci à l'intérieur, qui vient s'appliquer autour des paupières, et empêche la pénétration dans l'œil de toute autre lumière que celle qui est réfléchie par les objets qu'on examine. *N. d. Tr.*

affection est, tantôt congéniale, tantôt un symptôme de l'hystérie et de l'hypocondrie ; d'autres fois enfin elle est de nature paralytique. Les personnes qui par leur profession sont obligées d'avoir toujours les yeux fixés sur de très-petits objets, surtout lorsqu'ils sont brillans, comme cela arrive aux horlogers, etc., sont assez souvent affectées d'un myosis qui est le résultat de l'habitude, (*myosis ex consuetudine*), et qui ne peut être guéri qu'en éloignant la cause de la maladie, en reléguant le malade dans un appartement obscur, et en lui faisant porter une visière ou des lunettes tubuleuses. Un myosis qu'on observe fréquemment est celui qui persiste après les ophthalmies internes. Dans cette maladie l'iris est immobile, la pupille rétrécie mais parfaitement claire et noire, et sans aucune déformation ; le malade se plaint toujours en même temps d'une faiblesse de la vue qui augmente considérablement vers le soir. Le pronostic est fâcheux alors, car tous les moyens qu'on a tentés contre cette espèce de myosis l'ont été en vain.

La maladie est en général difficile à guérir lorsqu'elle a succédé à la suppression d'un exanthème cutané, etc. ; alors il devient utile d'établir un exutoire d'une certaine étendue. On doit encore se régler pour le traitement sur les symptômes généraux, et diminuer la pléthore et l'afflux du sang vers la tête par des saignées générales et locales, auxquelles on fait succéder l'administration de vomitifs et de purgatifs. Il arrive souvent qu'on ne sait à quoi attribuer le développement de cette maladie ; dans ce cas on a recommandé d'employer d'une manière empirique l'extrait de belladone ou de jusquiame à l'intérieur et à l'extérieur. Plusieurs auteurs disent avoir obtenu des succès de l'emploi de ce dernier médicament. CORVISART, entre autres, rapporte deux cas où les malades en prirent avec avantage, d'abord un sixième de grain qui fut graduellement porté jusqu'à dix grains par jour.

Une troisième altération de la pupille consiste dans l'*o*-

blitération de cette ouverture, *atresia pupillæ.* L'oblitération de la pupille est congéniale lorsque la membrane pupillaire, extrêmement fine et vasculeuse, qui pendant une partie de la vie du fœtus ferme cette ouverture, persiste jusqu'après la naissance : les cas de cette espèce sont extraordinairement rares, et ils n'exigent presque jamais l'intervention de l'art; car, le plus souvent, au bout de quelques semaines, cette membrane est résorbée. L'oblitération accidentelle de la pupille est presque toujours due à une inflammation. Cette atrésie, suivant qu'elle est plus ou moins parfaite, détruit plus ou moins complètement la vue; cependant, même dans les oblitérations les plus absolues, lorsqu'elles sont sans aucune complication, il reste toujours une perception de la lumière.

Le mode d'origine de l'oblitération de la pupille qui est consécutive à une ophthalmie est très-variable. Souvent elle succède à une ophthalmie interne qui commence par la rétine et la choroïde. Mais alors la cécité n'est pas due à l'atrésie, puisque la vue avait été précédemment abolie par des altérations organiques de la rétine. Souvent lors du passage de la première à la seconde période de l'iritis, la pupille éprouve une oblitération incomplète ; cet accident arrive surtout fréquemment dans l'iritis syphilitique, comme nous le ferons remarquer plus loin. Si avec cette atrésie il y a une perte absolue de la perception de la lumière, ce n'est pas à la première de ces affections que doit être attribuée cette cécité complète, car le globe de l'œil est souvent le siége d'autres altérations organiques plus graves. La pupille reste souvent oblitérée par du pus ou du sang coagulé, à la suite de l'absorption de dépôts purulens, ou d'épanchemens sanguins qui existaient dans les chambres de l'œil (1). L'obstruction de cette ouverture peut aussi être occa-

(1) La première espèce d'oblitération de la pupille constitue la cataracte dite purulente, *cataracta spuria purulenta ;* la seconde forme la

sionée par une adhérence partielle de l'iris avec la cornée (*synechia anterior*). Si, dans ce cas, la pupille n'est pas complètement oblitérée, mais que la faible ouverture qui reste se trouve derrière une cicatrice de la cornée qui s'oppose au passage des rayons lumineux, ou bien si l'ouverture pupillaire étant dans son état normal, la lumière est complètement interceptée par un leucôme, on peut encore donner le nom d'atrésie à cet état, qui diffère tout-à-fait de l'oblitération de la pupille.

Des différens modes d'origine de cette maladie que nous venons d'indiquer, il résulte que le pronostic est très-défavorable dans certains cas, et qu'il n'est pas permis de penser à établir une pupille artificielle, qui souvent même est impraticable lorsque l'oblitération de la pupille a été primitivement la cause de la cécité.

La formation d'une pupille artificielle ne présente des chances de succès que dans les cas où l'atrésie pupillaire n'est accompagnée d'aucune altération, soit de la forme, soit de la composition des parties constituantes de l'œil, lorsque la cause de la cécité ne réside que dans la simple oblitération de l'ouverture pupillaire, quand le malade distingue parfaitement toutes les gradations de la lumière, lorsque l'inflammation, dont l'œil avait été le siége, est complètement dissipée, et qu'il n'existe aucune dyscrasie. Le résultat de cette opération serait, au contraire, fort douteux si la lumière n'était pas perçue dans toutes les gradations dont elle est susceptible, et si la cornée offrait un leucôme considérable, une cicatrice, un aplatissement ou un staphylôme, etc. Mais l'opération n'offre aucune chance de succès quand la perception de la lumière est nulle, ou lorsque l'iris ou tout le globe oculaire offrent une altération quelconque. C'est pourquoi la formation d'une pupille artificielle devient

cataracte dite de sang, *cataracta spuria grumosa.* Enfin lorsque la pupille est obstruée par de la lymphe coagulable, il en résulte ce qu'on a appelé cataracte lymphatique, *cataracta spuria lymphatica.*

inutile quand il existe une maladie de la rétine, un *synchysis*, un *glaucôme*, une hydropisie ou une atrophie du bulbe oculaire, un état variqueux général, ou une affection inflammatoire encore existante de l'œil. L'opacité du crystallin et de sa capsule, lors même que celle-ci est parfaitement adhérente à l'uvée, n'est pas une contr'indication à la formation d'une pupille artificielle; seulement elle influe d'une manière importante sur le choix du procédé opératoire.

Il faut en général, quand on le peut, établir la pupille artificielle près de l'angle interne et vers la partie inférieure de l'œil; mais comme il arrive assez souvent qu'elle ne peut pas être pratiquée dans ce point, on doit alors choisir le lieu le plus commode. Celui qui convient le mieux est toujours le milieu de l'iris. Autant que possible on doit établir la nouvelle pupille dans une partie saine de cette membrane; car dans les points où elle a été détruite par des inflammations précédentes, l'ouverture artificielle se referme facilement par une exsudation de lymphe coagulable.

Il y a trois principales méthodes pour former des pupilles artificielles : elles consistent, soit à faire une simple incision à l'iris, *corotomie*, *iridotomie* (de κόρη, pupille, ἶρις, iris et τέμνω, couper), ou à exciser une portion de cette membrane, *corectomie*, *iridectomie* (le premier mot dérivé de κόρη, pupille, ἐκ, de, et τέμνω, couper; le seconder de ἶρις, ἐκ, et τέμνω); ou enfin on détache cette membrane de son ligament ciliaire dans une certaine étendue; *corodialysis*, *iridodialysis* (de κορη, ἶρις, et διάλυσις, résolution, séparation). Les hommes qui ont le plus contribué au perfectionnement de la première méthode sont : CHESELDEN, qui est l'inventeur des pupilles artificielles, JANIN, GUÉRIN, SHARP, BEER, JURINE, MAUNOIR, ADAMS, LANGENBECK, etc. Ceux qui ont surtout cherché à perfectionner la seconde méthode sont WENZEL, qui en est l'inventeur, BEER, DEMOURS, SABATIER, FORLENZE, BÉNÉDICT, GIBSON, etc. La troisième méthode a principalement été pratiquée par ASSALINI,

Buzzi, Scarpa, Schmidt, Himly, Beer, Buchhorn, Reisinger, Langenbeck, Græfe, etc. Donegana à Como réunit l'*iridodialysis* à l'*iridotomie*, et Assalini réunit la première à l'*iridectomie*.

Si nous devons donner la préférence au procédé, dont l'utilité est la plus générale, et qui offre les résultats les plus heureux, il est indubitable que dans l'état actuel de nos connaissances, c'est l'*iridodialysis* qui doit l'emporter sur tous les autres. Cette méthode est aussi celle qui est la plus généralement employée : l'*iridectomie* lui est de beaucoup inférieure sous le rapport de la fréquence du succès, et l'*iridotomie* est celle qui est la moins susceptible d'application.

L'iridodialysis réussit le plus souvent quand elle peut être pratiquée à travers la chambre antérieure de l'œil.

Pour obtenir, autant que possible, le rétablissement de la vue en faisant une nouvelle pupille, il faut que le crystallin conserve sa transparence, ou, dans le cas contraire, qu'il soit éloigné de la pupille, ou que l'on enlève la portion du corps et du cercle ciliaire qui est située derrière la nouvelle ouverture (ce qui doit être rejeté dans la plupart des cas), car sans l'une de ces trois conditions, les rayons lumineux ne peuvent pas arriver à la rétine, comme Beer et d'autres après lui en ont donné la démonstration.

En général, on ne doit pas entreprendre la formation d'une pupille artificielle, tant qu'il existe encore un œil dans un état d'intégrité; car dans ce cas l'opération qui est suivie du succès le plus complet n'augmente pas la faculté visuelle, elle ne sert au contraire souvent qu'à embrouiller la vue de l'œil sain, et occasioner le strabisme. On doit aussi s'abstenir de pratiquer cette opération chez des enfans très-jeunes.

Je n'insisterai pas sur la plupart des procédés imaginés et suivis par les praticiens que j'ai cités; je m'occuperai seulement de ceux qui, dans l'état actuel de la science, peuvent être d'une véritable utilité pratique démontrée par une longue expérience. Je ne parlerai de quelques méthodes an-

ciennes que pour donner un tableau complet; quant aux méthodes nouvelles dont la bonté n'est pas encore suffisamment démontrée, ou dont l'utilité pratique est encore problématique, je me bornerai à les indiquer en passant.

CHESELDEN, en 1728, pratiqua le premier la pupille artificielle sur un jeune garçon de quatorze ans, par le procédé de l'iridotomie : c'est donc la première méthode qu'on ait employée pour pratiquer des pupilles artificielles. Il se servit à cet effet d'un petit couteau étroit, tranchant sur un seul côté. Il l'enfonça dans la chambre postérieure de l'œil, comme s'il eût voulu abaisser la cataracte; il perça ensuite l'iris, et, conduisant l'instrument dans la chambre antérieure, il le glissa vers l'angle interne de l'œil, entre l'iris et la cornée; tournant alors le côté tranchant vers cette première membrane, il fit dans son milieu une ouverture transversale alongée.

Dans ces derniers temps, MAUNOIR (1) a mis en usage en France une nouvelle méthode pour pratiquer l'iridotomie; elle consiste à faire à la cornée une petite incision par laquelle on introduit dans la chambre antérieure des ciseaux genouillés extrêmement fins et peu courbes; on les ouvre ensuite doucement, on perce l'iris dans son milieu avec la branche inférieure qui est tranchante et pointue, et qu'on pousse ensuite derrière la face postérieure de cette membrane jusqu'à ce que la branche supérieure, qui est boutonnée, soit arrivée dans la chambre antérieure, au point de réunion de la cornée avec la sclérotique; alors on coupe l'iris d'un seul coup. Cela fait, on pratique une seconde section divergente de la première, de façon que les deux sections réunies représentent la forme d'un V, dont le sommet correspond au centre de l'iris. Les fibres circulaires et rayonnées, ou les vaisseaux de l'iris, ne tardent pas à entrer en action, et il en résulte une pupille de forme semi-lunaire ou

(1) *Mémoires sur l'organisation de l'iris et l'opération de la pupille artificielle.* Paris, 1812.

rhomboïdale qui permet au malade de distinguer les objets.

Nous devons aussi à Adams (1) la connaissance d'une nouvelle manière de pratiquer l'iridotomie. Après avoir enfoncé dans la chambre postérieure de l'œil à travers la sclérotique, un petit couteau ressemblant à un scalpel, il fait simplement une incision assez grande dans l'iris par sa face postérieure; il place ensuite entre les bords de cette division un fragment du crystallin qu'il a eu le soin de briser auparavant avec son instrument : il se propose en agissant ainsi d'empêcher une réunion des bords de la section, qui sans cette précaution ne manquerait pas d'avoir lieu.

Langenbeck (2) a modifié le procédé d'Adams, mais il n'y a trouvé aucun avantage, non plus que dans l'iridotomie en général.

L'incision de l'iris pourrait être tentée lorsque cette membrane n'ayant éprouvé aucune altération à la suite de l'inflammation, elle a conservé sa forme normale, et lorsque ses fibres se trouvent dans un état d'extension; mais il faut que l'ouverture soit faite assez grande, et qu'il n'existe aucun autre obstacle à la guérison.

La seconde méthode, qui est aujourd'hui beaucoup moins suivie que l'iridodialysis, fut pratiquée pour la première fois par Wenzel père, vers la fin du siècle dernier. Il faisait une incision à la cornée, comme pour extraire la cataracte; lorsque son couteau était arrivé dans la chambre antérieure, il pratiquait aussitôt avec le même instrument une incision dans l'iris, imitant en petit celle de la cornée; il faisait ensuite la résection du lambeau de l'iris qu'il avait ainsi ob-

(1) *Observations on ectropium, or eversion of the eyelids, with the description of a new operation for the cure of that disease; on the modes of forming an artificial pupil, etc. London*, 1814. Observations sur l'ectropion ou renversement des paupières; suivies de la description d'une nouvelle opération pour guérir cette maladie; et des diverses manières de pratiquer la pupille artificielle, etc. Londres, 1814.

(2) Voyez son journal : *Neue Bibliothek fur Chirurgie, etc.* 1, B. 2, St.

tenu. Cette méthode a été modifiée et perfectionnée surtout par Gibson (1) et Beer. Le premier pratique l'incision ordinaire de la cornée; il presse ensuite légèrement sur le globe de l'œil afin d'obtenir un prolapsus de l'iris, et fait la résection de la portion de cette membrane qui est en procidence.

Beer décrit ainsi l'opération désignée sous le nom de *corectomie* : « On se sert du couteau à cataracte (2) (Pl. V, *fig.* 11) pour faire sur la cornée, aussi près que possible du bord de la sclérotique, une incision à lambeau, longue d'une ligne; lorsque l'iris n'adhère nulle part à la cornée, et qu'il a été poussé en avant entre les bords de la plaie par l'humeur aqueuse contenue dans la chambre postérieure de l'œil, on saisit sa partie saillante avec la petite airigne (*fig.* 15); et on en fait promptement la résection au niveau des lèvres de la plaie, avec les ciseaux de Daviel; l'iris se retire ensuite et il en résulte une pupille d'une forme convenable. Mais si cette membrane a contracté des adhérences avec la cornée et que la pupille soit seulement déplacée, on introduit la petite airigne à travers l'ouverture de la cornée, de telle sorte que sa pointe ne regarde ni l'iris ni cette dernière membrane; en même temps on cherche à saisir le bord pupillaire de l'iris dans une direction oblique, pour l'attirer entre les lèvres de la plaie et couper rapidement sa portion saillante avec des ciseaux. Lorsqu'enfin l'iris adhère par son bord pupillaire à la cornée, à l'endroit même où doit être pratiquée

(1) *Practical observations on the formation of an artificial pupil, in several deranged states of the eye; to which are annexed remarks on the extraction of soft cataracts and those of the membranous kind, through a puncture in the cornea, London* 1811. Observations pratiques sur l'établissement des pupilles artificielles dans plusieurs altérations du globe de l'œil, auxquelles on a joint des remarques sur l'extraction des cataractes molles et des cataractes membraneuses, par une ponction faite à la cornée. Londres, 1811.

(2) Un bon couteau à cataracte est de rigueur, afin de pouvoir faire l'incision de la cornée, plus grande ou plus petite à volonté.

la pupille artificielle, on le saisit avec l'airigne sur son grand cercle; si celle-ci s'échappe, on se sert de la petite pince (pl. V, *fig.* 5) pour l'amener au dehors entre les lèvres de la plaie et le couper un peu au dessous de leur niveau, afin d'éviter de le déchirer, ce qui pourrait arriver si on l'attirait avec trop de force à l'extérieur (1). Les précautions qu'on doit prendre après l'opération sont les mêmes qu'après l'extraction de la cataracte. »

Si j'ai décrit avec tant de détails le procédé de Beer, c'est parce qu'il est la base de ceux qui sont suivis aujourd'hui par les opérateurs allemands.

Il est bon de donner à l'incision de la cornée, à l'exemple de M. Philippe de Walther, environ deux lignes d'étendue ou même davantage. La grandeur de l'incision faite à la cornée, loin d'être nuisible, rend beaucoup plus commode cette opération délicate; car en donnant à l'ouverture plus d'étendue que ne le commande Beer, on a l'avantage de pouvoir saisir plus facilement avec l'airigne l'iris qui fait saillie et vient se placer dans la plaie après l'écoulement de l'humeur aqueuse. Lorsqu'au contraire l'incision n'a qu'une ligne de longueur, on ne voit pas aussi fréquemment l'iris se présenter de lui-même, ou au moins cela arrive plus rarement, à un degré tel qu'on puisse se passer d'introduire l'airigne dans la chambre antérieure pour aller le saisir.

Par cette modification, on réunit les avantages de la méthode de Beer et de celle de Gibson, en remédiant à ce que la dernière a de trop grossier.

Lorsque des leucômes occupant le centre de la cornée, font obstacle au passage des rayons lumineux à travers la pupille parfaitement saine, M. le professeur Himly (2) fait une

(1) Mais cette résection dans l'intérieur de la plaie de la cornée, est assez difficile à faire et ne peut guère être recommandée. Beer lui-même n'opérait de cette manière que dans les premiers temps, plus tard il employait, dans les mêmes circonstances, presque exclusivement l'iridodialysis; celle-ci offre, en effet, alors plus de chances de succès.

(2) Voyez son journal : *Bibliothek fur Ophthalmol.*, 1, B. 1, 175. St. S.

ouverture d'une ligne dans la cornée, près de sa circonférence; il introduit dans la chambre antérieure une petite airigne, dont il se sert pour accrocher le bord pupillaire de l'iris, l'attirer en avant à travers l'incision et le laisser ainsi engagé dans la plaie, où il contracte adhérence avec la cornée; la pupille ainsi déplacée se présente sur le côté du leucôme.

Autenrieth a proposé, lorsque la cornée et l'iris sont entièrement détruits, de former une pupille en excisant, à côté de la première membrane, une portion de la sclérotique, et des parties opaques qui lui sont sous-jacentes; la plaie qui en résulte doit, dit-il, se revêtir d'une pellicule transparente, et rendre la vue possible. Je laisse à penser si une semblable ouverture, faite à la sclérotique, peut jamais se revêtir d'une pellicule susceptible de rester transparente, seulement pendant un temps très-court, et s'il est possible de rétablir la vue par une semblable opération.

La *corectomie* est particulièrement indiquée lorsque le crystallin est intact, et que la portion de cornée qui est encore transparente est assez étendue pour n'avoir pas à redouter qu'il ne reste plus assez de passage aux rayons lumineux, dans le cas où la cicatrice de la plaie faite à la cornée resterait visible. On ne peut espérer de pratiquer avec succès une pupille artificielle dans un cas d'oblitération de la pupille survenue à la suite d'une extraction de cataracte, que lorsqu'on n'a à craindre ni l'opacité de la capsule crystalline restée dans le globe de l'œil, ni une exsudation de lymphe plastique qui dépasse le petit cercle de l'iris, accident que l'on peut prévoir quand la perception de la lumière est très-peu distincte. On peut surtout espérer de réussir par l'iridectomie, lorsque le tissu de l'iris est sain, et n'a pas été altéré par une inflammation préalable; car s'il existait une semblable altération, il serait fort à craindre qu'il ne survînt une inflammation, accompagnée d'une exsudation fibrineuse, qui fermerait une seconde fois la nouvelle pupille; l'iris conserve alors de la

tendance à éprouver l'inflammation, et on est exposé à voir la pupille s'oblitérer à la suite d'une exsudation de lymphe plastique.

La troisième méthode opératoire, l'*iridodialysis*, est la plus usitée aujourd'hui, celle qui a les plus heureux résultats (quoiqu'on réussisse mieux à rétablir la vue par l'*iridectomie* pratiquée dans les conditions indiquées, lorsqu'elle est suivie de succès), et elle peut être employée avec avantage dans presque tous les cas où la formation d'une pupille artificielle est possible.

Mais elle est plus particulièrement indiquée lorsque l'albumine exsudée dans la chambre postérieure, à la suite d'une inflammation, déborde le petit cercle de l'uvée vers le ligament ciliaire; ce qu'on reconnaît à une altération considérable de la douleur de l'iris vers son grand cercle, et à la perception peu distincte de la lumière. Cette opération est presque la seule qui soit pratiquée aujourd'hui quand il existe une cataracte capsulaire secondaire, adhérente dans tous ses points à l'uvée, une cataracte capsulo-lenticulaire, ou une cataracte purulente ou sanguine, accompagnées d'une perception distincte de la lumière, parce qu'en détachant l'iris de son ligament ciliaire on éloigne le plus souvent toutes ces cataractes de la nouvelle pupille. L'*iridodialysis* est enfin indiquée lorsque la cornée est irrévocablement obscurcie dans une grande étendue, et que la portion de cette membrane qui reste perméable à la lumière est si peu considérable, qu'il n'est pas possible d'y pratiquer avec le couteau une ouverture suffisante, pour entreprendre toute autre opération qui ne pourrait être faite qu'à travers la chambre antérieure de l'œil, et qui ferait craindre l'opacité de la petite portion de cornée qui a encore conservé sa transparence.

Il est douteux qu'Adam Schmidt ait été le premier inventeur de l'*iridodialysis*, car d'après des renseignemens venus d'Italie, cette opération aurait été pratiquée avant lui par

Assalini et par Bussi (1), en 1788; cependant comme Schmidt n'en avait pas connaissance, non plus que des travaux de Scarpa, il peut être considéré comme ayant aussi inventé cette méthode opératoire. Dans ses premiers essais il faisait une ouverture sur un point encore transparent de la cornée, il introduisait une petite pince dans la chambre antérieure, et détachait l'iris de son ligament ciliaire dans le tiers de son étendue. Plus tard, vers la même époque que Scarpa, quand il avait à ménager une petite portion de la cornée qui restait encore transparente, il se servait d'une aiguille en forme de lancette recourbée en avant (2), qu'il introduisait à travers la sclérotique dans la chambre postérieure, comme pour l'extraction de la cataracte, en passant devant le crystallin, ou devant la face antérieure de la membrane hyaloïde, quand le crystallin manquait; il enfonçait ensuite l'instrument dans l'iris, à environ un quart de ligne du cercle ciliaire, jusqu'à ce qu'on pût en apercevoir la pointe, puis accrochant cette membrane aussi fortement que possible, il la détachait du ligament ciliaire en opérant une légère traction.

Himly, Flajani, Beer et Schmidt introduisaient aussi de semblables aiguilles à travers la chambre antérieure de l'œil, et s'en servaient pour détacher l'iris du ligament ciliaire. Ce procédé présenta des résultats qui furent en général plus favorables.

Soit donc que l'on pratique l'opération par la chambre postérieure ou par la chambre antérieure, le crystallin est déplacé et écarté de la nouvelle pupille par la manœuvre que nous avons indiquée, en sorte qu'il ne peut plus être à l'avenir un obstacle à la vision, soit qu'il offre déjà de l'opacité, soit que celle-ci ne survienne que par la suite, ce qui arrive constamment.

(1) Voyez G. Wagner, *Commentatio de coremorphosi*, etc. *Gættingæ*, 1818, p. 35, et Baratat, *l. c.*

(2) Voyez son *Ophthalmologische Bibliothek*, et Beer's *Lehre von den Augenkrankheiten*, 2 B. planche des instrumens, fig. 13.

Lorsque l'iris se trouve tellement rapproché de la cornée que sa séparation n'est guère possible sans la lésion de celle-ci, Himly fait l'opération en *deux temps*; il éloigne d'abord le crystallin du point où doit être faite la nouvelle pupille; et il ne pratique l'iridodialysis qu'au bout de quelque temps, après que la chambre antérieure s'est de nouveau remplie d'humeur aqueuse.

L'iridodialysis, opérée à la manière de Schmidt et de Scarpa, ne présenta pas de brillans résultats, elle échouait fréquemment, ce qui dépendait surtout de ce que l'iris détaché se retirait vers son ligament ciliaire, accident qui chaque fois détruisait la pupille aussitôt qu'elle était formée.

Vers cette époque l'ingénieux Langenbeck (1) publia une excellente méthode de fixer l'iris, qui suffirait seule pour lui assigner à jamais une place honorable dans les fastes de la médecine opératoire.

Voici en quoi consiste son procédé.

Après avoir fait, à l'aide d'un couteau à cataracte, une incision peu étendue dans un point convenable de la cornée, il introduit par la plaie une petite airigne, qu'il retourne lorsqu'il arrive tout près du grand bord de l'iris, de manière à ce que la pointe de l'instrument soit tournée vers cette membrane, qu'il saisit au moyen du crochet pour l'attirer à lui; il détache ainsi l'iris du corps ciliaire dans presque le tiers de son étendue; il engage avec précaution et dextérité dans la plaie de la cornée la portion de cette membrane qui est entraînée par l'airigne, et l'y retient fixée par une sorte d'étranglement; après avoir doucement dégagé l'instrument, il détermine ainsi une procidence artificielle de l'iris à côté d'une pupille également artificielle qui se rétrécit ensuite (2).

(1) Voyez son *Neue Bibliothek*, 1 B. 2 St.

(2) L'idée et la première exécution de ce procédé sont dues à M. Langenbeck, et le nom à M. Bonzel, de Rotterdam. (Voyez le *Neue Bibliothek*, 1 B, 4 St. du premier.)

Quand il se trouve derrière la nouvelle pupille un crystallin affecté de cataracte, qui n'a pas été éloigné en déplaçant l'iris, l'opérateur le divise en petits fragmens lorsqu'il est mou, ou l'abaisse s'il offre plus de solidité.

Reisinger (1) considérant que l'airigne simple s'échappe souvent par le défaut de résistance de l'iris, et fait ainsi manquer l'opération, a imaginé une airigne double (*volsella*), ayant la forme d'une pince à crochets (2). Il introduit cet instrument fermé, qui ne présente alors qu'une airigne simple, à travers la plaie de la cornée dans la chambre antérieure, et le porte jusqu'au grand bord de l'iris, où il veut établir la nouvelle pupille; il tourne l'instrument de manière à ce que la pointe du crochet soit dirigée vers l'iris, il l'ouvre ensuite un peu, et l'enfonce dans cette membrane près du bord ciliaire; après quoi il referme la pince, détache lentement l'iris du ligament ciliaire, l'attire vers l'ouverture de la cornée et en engage une partie dans la plaie, afin d'empêcher qu'il ne reprenne son ancienne position, ce qui détruirait la nouvelle pupille.

Le célèbre Græfe a imaginé un instrument qu'il a nommé *coréancion* (3); il consiste en une petite airigne renfermée dans un couvre-crochet ou gaîne, que l'on peut avancer ou retirer à volonté. Cet instrument est disposé de telle sorte que, lorsque l'iris se trouve saisi par l'airigne, celle-ci et le couvre-crochet agisssent non-seulement à la manière d'une pince, mais encore le crochet peut être retiré à travers la

(1) *Darstellung eines neuen Verfahrens die Mastdarm fistel zu unterbinden, und einer leichten und sichern Methode, künstiche Pupillen zu bilden. Augsburg*, 1816. C'est-à-dire, exposé d'un nouveau procédé pour faire la ligature des fistules à l'anus, et d'une méthode sûre et facile de former des pupilles artificielles.

(2) Pl. V fig. 16.

(3) *Das* Coreoncion, *ein Beitrag zur künsttichen Pupillenbildung. von Ch.* Jungken. *Berlin und Leipzig*, 1817. (Le *coréoncion*, fragment pour servir à la formation des pupilles artificielles.)

gaîne sans toucher aux diverses parties de l'œil. C'est dans le même but que LANGENBECK a dernièrement inventé un instrument (1) dont le mécanisme est peut-être encore plus ingénieux.

On doit avouer qu'il survient quelquefois des accidens en retirant de la plaie faite à la cornée l'airigne non couverte, surtout si les malades sont impatiens et s'agitent; je dirai cependant que la simple airigne ou l'airigne-pince de REISINGER me paraissent préférables à tous les instrumens compliqués; j'aime mieux être obligé de fixer l'œil mobile au moyen d'une airigne, et m'en rapporter à ma prudence et aux mouvemens de ma main, qu'au mécanisme compliqué des instrumens. La simple airigne dont je me sers ressemble à l'instrument de LANGENBECK par l'étendue de sa courbure, mais elle est un peu plus forte, ce qui empêche qu'elle ne s'échappe aussi facilement, et qu'elle ne déchire l'iris.

Pour éviter ce dernier accident, et pour que l'iris se détache plus facilement du ligament ciliaire, il faut enfoncer la pointe de l'airigne dans cette membrane, aussi près que possible de sa grande circonférence.

On a encore imaginé en Allemagne d'autres instrumens pour pratiquer l'iridodialysis, qui, bien que leur construction soit encore en partie plus compliquée, honorent cependant le génie de leurs inventeurs. Je ne parlerai que de l'aiguille-pince (*Staarnadelzange*) de WAGNER, de la pince de DZINDI, de l'aiguille-airigne ou *raphiancistron* (*Staarnadelhækchen*) de EMDEN, et l'*iriankistron* de SCHLAGINTWEIT.

Quoique les trois méthodes indiquées pour pratiquer des pupilles artificielles, puissent être, en général, employées presque dans toutes les circonstances où la cornée reste transparente dans une plus ou moins grande étendue, en même temps que les fonctions de la rétine n'ont éprouvé aucune altération, il est des cas néanmoins dans lesquels le succès de

(1) *Neue Bibliothek*, etc., 1 B., 1 *und* 4. H. 1818, *und* 2 B. 1 H. 1820.

l'*iridectomie* est dû à l'emploi de l'un des différens procédés d'iridodialysis, plutôt qu'à tout autre.

Cela a certainement lieu quand une cataracte adhère dans toute ou presque toute sa circonférence au bord pupillaire et à la face postérieure de l'iris, l'inflammation ayant occasioné une exsudation de lymphe à la surface de l'uvée, d'où est résultée une union de cette membrane beaucoup plus intime qu'à l'état normal, avec le ligament ciliaire et les parties voisines, tant antérieures que postérieures. Ici les airignes, et autres instrumens à crochet, s'échappent après avoir été enfoncés dans l'iris, sans que cette membrane se détache convenablement.

J'ai suivi dans ces circonstances, chez une jeune fille, un procédé particulier que je vais décrire en peu de mots, et je renverrai pour de plus amples détails à un mémoire que j'ai publié il y a quelques années (1).

(1) *Ueber künstliche Pupillen, und eine besondere methode diese zu fertigen. Mit einer Kupfertafel.* Berlin, 1821. (Sur les pupilles artificielles et sur une méthode particulière de les pratiquer.)

Dans un ouvrage comme celui-ci, dont le but spécial n'est pas de former des opérateurs, on ne peut entrer, en général, dans des détails minutieux sur les indications et le manuel opératoire, au moins pour les opérations importantes et difficiles, comme le sont les différentes méthodes de pratiquer la pupille artificielle. Ce n'est que sous la direction d'un bon maître que l'on peut parvenir à bien apprendre le manuel des opérations; ceux qui, après avoir profité de cet avantage, sauront s'approprier en quelque sorte les excellens préceptes contenus dans les ouvrages que nous allons indiquer, pourront acquérir plus d'habileté dans la formation des pupilles artificielles que les chirurgiens qui nous ont précédés. Beer, *Ansicht der staphylomatœsen Metamorphosen des Auges und der künstlichen Pupillenbildung. Wien*, 1805, avec un supplément de 1806. — Himly's *und* Schmidt's *Bibliothek fur Ophthalmologie, etc.* Benedict, *de pupillæ artificialis conformatione libellus. Lipsiæ*, 1810. — Langenbeck's *neue Biblothek fur die Chirurgie*, etc. — Les ouvrages de Scarpa, et Reisinger. — Jungken *das Coreoncion*, etc., 1817, Wagner, *Commentatio de coremorphosi*, etc., 1818. — Wenzel, *über den Zustand der Augenheilkunde in Frankreich; nebst kritischen Bemerkungen über denselben in Deutchland.* — Nürnberg, 1825. (*Sur l'état de l'ophthalmolo-*

Après avoir fait toutes les dispositions comme pour l'opération de la cataracte par extraction, j'ouvris la cornée à une demi-ligne de sa circonférence, vers l'angle externe de l'œil, par une incision qui avait à peine une ligne d'étendue, en me servant du couteau à cataracte de BEER, dirigé par la main gauche, parce que j'opérais sur l'œil droit. C'est par cette ouverture que j'introduisis dans la chambre antérieure mon *aiguille airigne* (1), la pointe dirigée en haut, de manière à éviter également l'iris et la cornée; je la poussai rapidement à travers la chambre antérieure (qui était encore remplie d'humeur aqueuse), dans la direction du grand angle de l'œil, jusqu'à une ligne en dehors du bord pupillaire adhérent. Je tournai alors l'instrument, sans intéresser l'iris, de manière à ce que sa pointe tranchante fût en contact avec lui dans sa partie interne et supérieure, et je fis, en glissant sur la face antérieure de cette membrane, et dans une direction verticale, une incision superficielle, d'une longueur égale à la moitié du diamètre de la chambre antérieure, en ayant soin d'agir assez légèrement pour que cette membrane ne fût qu'incisée sans être complètement divisée. Remontant ensuite de bas en haut jusqu'au milieu de l'incision ainsi pratiquée, je perçai l'iris avec la pointe de mon instrument, et après avoir saisi cette membrane, je le retirai

gie en France, avec des remarques critiques sur l'état de cette science en Allemagne.) — SCHLAGINTWEIT, *über den gegenwærtigen Zustand der künstlichen Pupillenbildung in Deutschland. Munchen*, 1818. *(Sur l'état actuel de l'opération de la pupille artificielle en Allemagne.)* Les traités de chirurgie de S. COOPER, RICHERAND, BOYER et SABATIER. Enfin les ouvrages cités de BARATTA, QUADRI, ADAMS, GIBSON, MAUNOIR, etc.

(1) Voyez mon ouvrage cité. Cet instrument n'est pas plus volumineux que l'airigne à cataracte de BEER, mais sa courbure est plus ouverte et se rapproche par conséquent davantage de la forme d'une aiguille; il n'est pas non plus arrondi en devant, mais il est un peu élargi dans sa courbure antérieure, et son extrémité présente la forme d'une lancette qui se termine par une pointe aiguë, arrondie et mousse sur les deux bords.

un peu vers l'ouverture de la cornée : par cette manœuvre j'obtins une fente assez longue dans l'iris, mais cette ouverture n'était pas perméable à la lumière, parce que le crystallin qui était situé derrière elle était opaque. Je poussai de nouveau mon aiguille-airigne dans une direction horizontale, son extrémité étant tournée en haut, vers le point où j'avais percé l'iris. Après avoir pénétré à travers l'incision de cette membrane, à environ une demi-ligne au-delà, et dans la direction de l'angle interne de l'œil, je tournai l'instrument (sans m'embarrasser de l'iris qui s'en était détaché), de manière à pouvoir saisir sûrement le bord du crystallin dans sa portion qui regardait l'angle interne, en faisant exécuter à mon aiguile-airigne un mouvement de rotation, pour que son extrémité fût tournée obliquement en dedans et en haut; je la retirai vers l'ouverture de la cornée, et j'attirai ainsi tout le crystallin, avec sa capsule qui paraissait être très-solide, en faisant pirouetter autour de son axe vertical dans la nouvelle pupille, qui fut ainsi dilatée par ce corps dont le bord interne était tourné en devant et l'externe en arrière. La pointe de l'instrument étant encore engagée dans la capsule crystalline, je cherchai par des mouvemens irréguliers à la déchirer et à la diviser, ainsi que le corps même du crystallin qui était d'une consistance moyenne, en ayant soin toutefois de ne pas le laisser échapper à travers la nouvelle pupille. Après avoir détaché l'airigne en la poussant vers le fond de la chambre antérieure, je la retirai hors de l'œil; l'extrémité de son crochet étant tournée en haut, et sa convexité contre l'angle inférieur de la plaie de la cornée, mouvement pendant lequel la direction du manche de l'instrument était oblique de bas en haut. Par cette précaution, on évite qu'il ne s'accroche en sortant de l'œil; mais il faut aussi que sa courbure ne soit pas trop considérable.

La nouvelle pupille était assez grande, de forme ovale, et se trouvait à peu près au milieu de l'iris, mais un peu plus rapprochée cependant de la commissure interne. Le crystal-

lin faisait saillie dans la chambre antérieure, de telle sorte qu'il était presque en contact avec la face interne de la cornée; du reste, il était situé presque tout-à-fait au centre de l'iris, et laissait dans la pupille un espace triangulaire libre, dont l'un des angles était tourné du côté du nez et semblait un peu obstrué par du sang. L'hémorrhagie de l'iris fut insignifiante, mais le sang troubla un peu l'humeur aqueuse pendant l'opération, ce qui n'empêcha cependant pas de distinguer ce qui se passait dans l'intérieur de l'œil. Le crystallin fut bientôt absorbé, et la nouvelle pupille parut tout-à-fait noire.

FIN DU PREMIER VOLUME.